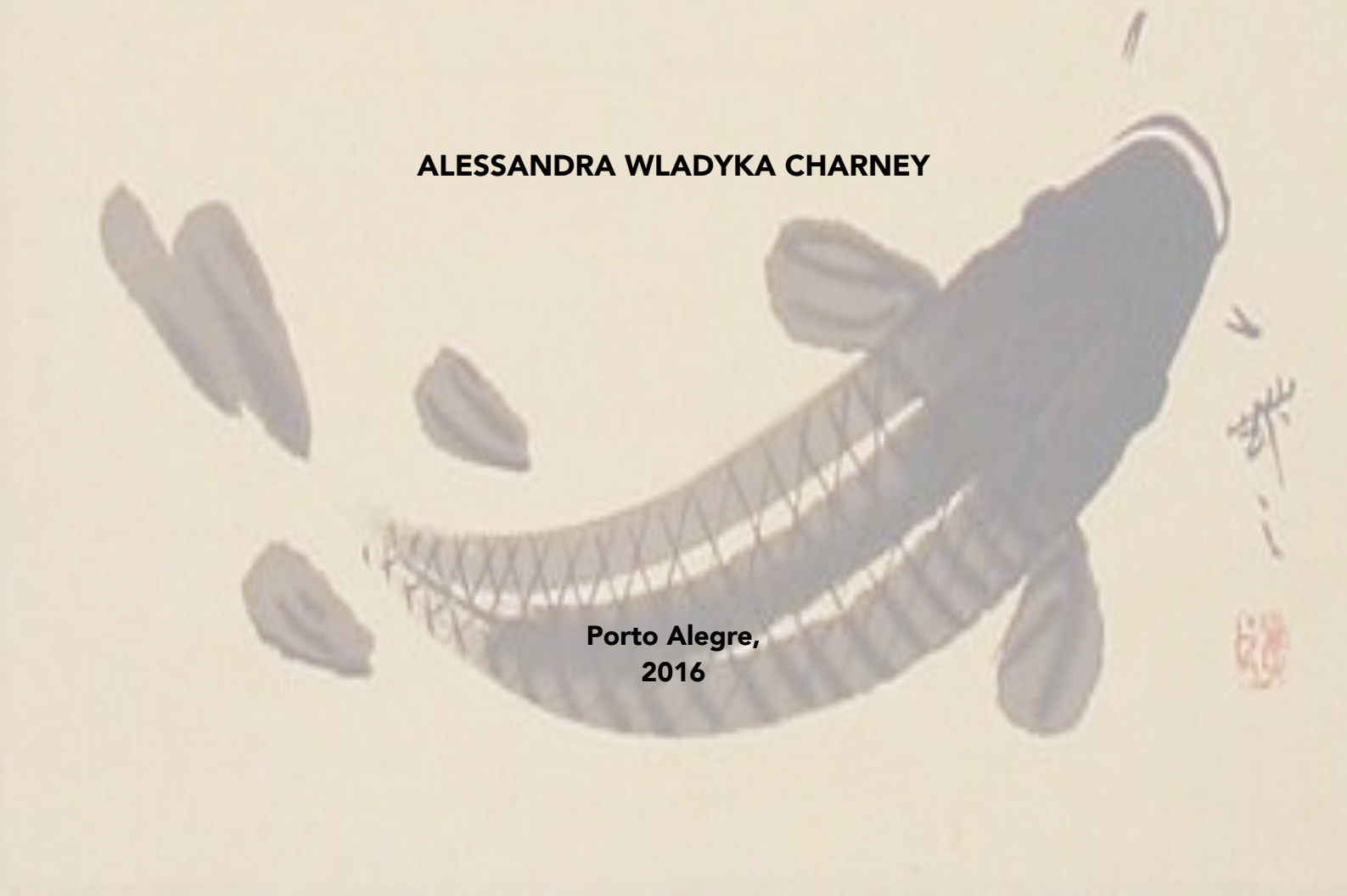


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**COMPOSIÇÕES PARA UMA CLÍNICA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO SUS:
UM OLHAR A PARTIR DA ACUPUNTURA**

ALESSANDRA WLADYKA CHARNEY



**Porto Alegre,
2016**

ALESSANDRA WLADYKA CHARNEY

**COMPOSIÇÕES PARA UMA CLÍNICA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO SUS:
UM OLHAR A PARTIR DA ACUPUNTURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:

MADEL THEREZINHA LUZ

Porto Alegre, 2016

CIP - Catalogação na Publicação

Charney, Alessandra

Composições para uma clínica das práticas integrativas
no SUS: um olhar a partir da acupuntura
/ Alessandra Charney. -- 2016.

111 f.

Orientadora: Madel Terezinha Luz.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

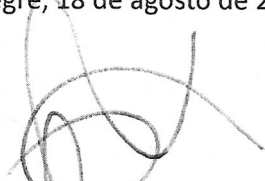
1. Saúde Coletiva. 2. Práticas Integrativas e
Complementares em Saúde. 3. Racionalidades Médicas. 4.
Acupuntura. I. Luz, Madel Therezinha, orient. II. Título.

ATA DA 59ª DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ACADÊMICO, JUNTO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, TENDO EM VISTA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE "MESTRE EM SAÚDE COLETIVA".

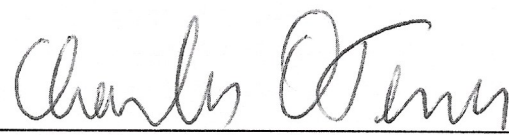
Aos 18 dias do mês de agosto de 2016, às 16h00, junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGCol, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Campus Centro, reuniu-se a Banca Examinadora para a defesa de dissertação da mestranda ALESSANDRA WLADYKA CHARNEY, intitulada **Composições para uma clínica das Práticas Integrativas no SUS: um olhar a partir da Acupuntura**. A Professora Dra. Madel Therezinha Luz (orientadora) abriu a sessão, convidando para fazer parte da banca de examinadores os professores doutores Alcindo Antônio Ferla (PPGCol/UFRGS), Charles Dalcanale Tesser (UFSC) e Islândia Maria Carvalho de Sousa (FIOCRUZ-PE). Após a composição da banca, a orientadora, presidente da sessão, convidou a mestranda para que fizesse a apresentação de sua dissertação. Após apresentação do trabalho, a mestranda foi arguida pelos examinadores, respondendo *de forma adequada e suficiente* aos questionamentos da banca. A seguir, a Banca Examinadora se reuniu para o julgamento da dissertação. A Banca Examinadora emitiu o **Parecer Final** de Aprovado.

A Banca destaca (opcional): a relevância do trabalho e a consistência teórica e do tratamento dos dados empíricos.

Porto Alegre, 18 de agosto de 2016.

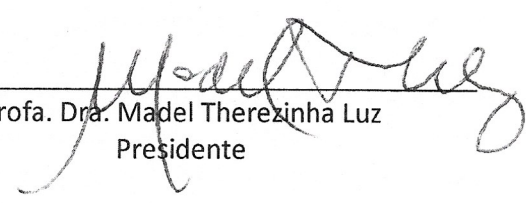


Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Examinador do Programa

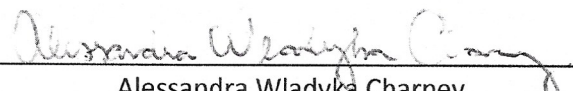


Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
Examinador Externo - UFSC

(PARTICIPAÇÃO VIRTUAL)
Prof. Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa
Examinador Externo – FIOCRUZ-PE



Prof. Dra. Madel Therezinha Luz
Presidente



Alessandra Wladyka Charney
Mestranda

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno. Deverá ser atribuído **parecer final** com os seguintes parâmetros: I. Aprovada Integralmente; II. Aprovada, solicitando correções para a versão final; III. Reprovada.

*Ao quarteto,
minha melhor composição...*

AGRADECIMENTOS...

A Alexandre Amorim, por ser apoio nas intensidades cotidianas deste processo com uma disponibilidade incondicional; por ser impulso, estímulo e por vezes calço; por ser sempre amor forte.

Às pequenas Sofia e Alice, pelo cuidado comigo (com lanchinhos, silêncios e massagens), pela compreensão das exigências intensas de tempo entre livros, viagens, papéis e computador e por demonstrarem que é possível inventar uma forma de compartilhar espaços de aulas e de campos de pesquisa com vocês.

À Madel Luz, por ser sabedoria em forma de gente, pelo exercício de ser orientada, pelos aprendizados de vida.

Aos 'praticantes-integrativos' e aos usuários do Centro Integrado de Saúde (CIS) e do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) no Recife, pela acolhida na intimidade de seus encontros clínicos com o calor alegre que lhes é peculiar. Em especial agradeço a **Julio, Régia e Viviann**.

Aos professores Alcindo, Damico e Ricardo Teixeira que, com a devida delicadeza e cuidado, esgarçaram minhas pupilas (dês)focando meu olhar e permitindo a produção de novos olhos em mim.

Ao professor Charles Tesser e à professora Islândia, que aceitaram o convite para a minha banca de defesa e, generosamente, possibilitaram nova imersão em minha produção com suas valorosas contribuições.

Ao Coletivo Nômade, por estar, por ser leve, por ser abraço, por inspirar revolução.

Às minhas Famílias (de muito perto, de perto, de longe, de muito longe), Pai, Mãe, Andressa, Regina, Amorim, Seu Paulo, Dona Terezinha, por se fazerem presentes a qualquer distância.

Àqueles das Práticas Integrativas em Saúde, por se fazerem possibilidades de outras práticas de cuidado, por exercitarem outras racionalidades médicas, por serem outros, múltiplos, diversos, compostos.

RESUMO

Este trabalho acadêmico tratou de discutir da temática geral das Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), ocupando-se de maneira mais específica das relações - do entremeio - nas composições (im)possíveis entre duas racionalidades médicas: a ocidental hegemônica e a tradicional chinesa, analisadas a partir do contexto clínico contemporâneo da prática da acupuntura. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa utilizando um estudo empírico analítico cuja abordagem metodológica utilizada foi o estudo de caso. Tomou-se como campo de pesquisa os serviços de saúde que ofertam a acupuntura como prática de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade do Recife/PE, de acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PN-PIC) do Ministério da Saúde e com a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife. A hipótese investigada em tal contexto foi a de que a acupuntura tem sido aplicada sob o paradigma biomecânico como recurso terapêutico mantenedor das práticas terapêuticas da racionalidade médica ocidental hegemônica, desvinculada, portanto, das dimensões específicas da racionalidade médica chinesa e seu paradigma vitalista. Dentre os encontros clínicos observados, e estas duas abordagens possíveis, verificou-se uma variação de múltiplas gradações definida pelos processos de negociação entre estas racionalidades médicas a cada encontro clínico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Coletiva, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Racionalidades Médicas, Acupuntura.

ABSTRACT

This academic work tried to discuss the general theme of Medical Rationalities and Health Integrative and Complementary Practices, minding specifically the relations - the inset - in the (im)possible compositions between two medical rationalities: the Western Hegemonic and the Traditional Chinese, analyzed from the contemporary clinical context of acupuncture practice. For that, a qualitative research was carried out using an empirical analytical study whose methodological approach was the case study. The health services that offer acupuncture as a practice of care in the Brazilian National Health System (SUS) in the city of Recife (State of Pernambuco), according to the National Policy on Health Integrative and Complementary Practices of the Ministry of Health and with the Municipal Policy of Health Integrative and Complementary Practices of the Recife's Municipal Health Secretary. The hypothesis investigated in this context was that acupuncture has been applied under the bio-mechanical paradigm as a therapeutic resource that maintains the therapeutic practices of hegemonic Western medical rationality, thus disconnected from the specific dimensions of Chinese medical rationality and its vitalist paradigm. Among the clinical encounters observed, and these two possible approaches, there was a variation of multiple gradations defined by the negotiation processes between these medical rationalities at each clinical meeting.

KEYWORDS: Collective Health, Health Integrative and Complementary Practices, Medical Rationalities, Acupuncture.

SUMÁRIO...

I,) FRONTEIRANDO OLHARES SOBRE O CORPO	10
I.I,) Processo histórico contemporâneo da MTC	11
I.II,) Declínio da Medicina Chinesa clássica no início do século XX	13
I.III,) Expansão e modernização da M.T.C. no cenário ocidental após a revolução comunista	14
I.IV,) O processo de institucionalização das medicinas e práticas não convencionais	16
I.V,) A MTC como uma Racionalidade Médica	23
I.V.I,) Cosmologia da MTC	24
I.V.II,) Doutrina médica	32
I.V.III,) Morfologia humana e dinâmica vital	35
I.V.IV,) Sistema diagnóstico	42
I.V.V,) Sistema terapêutico	46
II,) (IM)POSSÍVEIS INVENÇÕES DE COMPOSIÇÕES	49
III,) ABORDAGEM METODOLÓGICA: PISTAS E PERCURSOS	60
III.I,) Identificação dos ambientes para a realização do estudo empírico	62
III.II,) Procedimentos de campo	70
III.II.I,) Observação presencial dos encontros clínicos	70
III.II.II,) Entrevista semi-estruturada	75
III.III,) Coleta e análise de dados	76
III.IV,) Aspectos éticos	78
IV,) DISCUSSÃO E RESULTADOS (OU "ISTO E AQUILO É BOM" MAS "ISTO COM AQUILO" É MUITO MELHOR)	80
IV.I,) Cena-imagem 1: um retrato falado	84
IV.II,) Cena-imagem 2: um retrato tipo "As Senhoritas de Avignon"	85
IV.III,) Cena-imagem 3: um desenho caligráfico chinês ou um haikai	86
V,) CONSIDERAÇÕES FINAIS: O QUE PODE UMA COMPOSIÇÃO	90
V.I,) O que pode a composição na ciência e nas pesquisas?	93
V.II,) O que pode a composição na gestão?	94
REFERÊNCIAS	96
ANEXOS	103

I.) FRONTEIRANDO OLHARES SOBRE O CORPO

A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio.

(Georges Canguilhem)

I.I.) Processo histórico contemporâneo da MTC

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) consolidou-se na China a partir de 1949 durante o processo de construção da República Popular da China. Neste momento, a MTC teve representatividade como resgate da cultura tradicional em síntese com a ciência ocidental e valores modernos, tendo grande aplicabilidade em uma época de amplos problemas de saúde pública. Segundo Barsted (2003), a MTC traz características sincréticas envolvendo alguns conceitos de diversos períodos históricos da medicina chinesa, porém com a exclusão de pensamentos dos clássicos filosóficos que fundamentavam a medicina chinesa clássica, associados a preocupações da ordem da ciência ocidental com uma tendência à *coisificação da acupuntura, por exemplo, atribuindo a ação da acupuntura ao sistema nervoso* (BARSTED, 2003, p.11). Portanto, diferente de uma idéia superficial e leiga que trata a MTC como "única" ou como uma "tradição", esta racionalidade médica é bastante heterogênea, composta por conceitos e práticas oriundos de períodos históricos e políticos diversos com seus diferentes paradigmas, ou seja, é uma racionalidade que vêm se construindo continuamente ao longo de séculos.

Segundo Unschuld (1985) e Birch (2002), a medicina chinesa clássica - anterior à MTC¹ - foi sistematizada ao longo de 17 séculos até 1644 quando iniciou o seu declínio, durante a última dinastia da Era Imperial da China. Durante este período a medicina chinesa clássica manteve-se soberana e sem rupturas teóricas significativas. Esta medicina clássica traz como valor essencial a noção de medicina como caminho de desenvolvimento pessoal para o praticante, ou seja, algo que envolveria certo grau de “desenvolvimento interno”, por exemplo, a expansão da saúde, habilidade e conhecimento do praticante através das práticas de Qi Gong ou outros exercícios de cultivo e circulação da força vital, proporcionariam um refinamento dos sentidos do praticante, bem como de sua vitalidade, para que ele possa, afinal, compreender a força vital do outro (paciente). No exercício da medicina chinesa clássica, procurava-se identificar padrões de adoecimento singulares a cada indivíduo, com características peculiares de ritmo, gravidade e trajetória de evolução do processo de adoecimento. A medicina chinesa clássica faz referência ao pensamento confucionista² no qual o homem encontra a harmonia por meio da adesão a um conjunto de procedimentos considerados virtuosos em função de sua identificação com o movimento natural do universo, evidenciando a responsabilidade de cada indivíduo pela manutenção ou incremento de sua saúde ou vitalidade. Condiciona-se, assim, o bem-estar físico, social e moral à adesão a “procedimentos corretos” pautados pela rejeição dos excessos de quaisquer ordem e pela conformidade com as dinâmicas naturais, conferindo à medicina clássica

¹ Cabe ressaltar que, no campo atual da medicina chinesa, há uma minoria de praticantes e acadêmicos chineses e ocidentais que defendem o retorno aos fundamentos - valores, concepções e práticas terapêuticas - da medicina chinesa clássica, opondo-se a escola de Medicina Tradicional Chinesa tanto na China como no ocidente, pois questionam se a *cientificação da medicina clássica produziu um “modelo melhor” da medicina chinesa*. (SOUZA; LUZ, 2011, p.164)

² Confucionismo é um sistema filosófico chinês atribuído a Confúcio (Kung Fu Tsé) - filósofo e pensador Chinês do século VI a.C. - que teria compilado e organizado antigas tradições e valores da China, especialmente relacionadas à política, moral, religião e pedagogia, em uma doutrina assumida como oficial na China por aproximadamente 25 séculos, contemporânea ao desenvolvimento da medicina clássica chinesa. Tal doutrina sublinhava uma moralidade pessoal e governamental, os “procedimentos corretos” nas relações sociais, a justiça e a sinceridade.

chinesa a posição de uma medicina ortodoxa. Foi durante este longo período de desenvolvimento sistemático da medicina chinesa clássica que foi construído o mapa de pontos de acupuntura com suas funções e os métodos de tratamento com acupuntura, moxibustão, farmacopéia, dietoterapia, massagens e exercícios terapêuticos, especificamente combinados para o tratamento de cada indivíduo na interação com o seu médico.

I.II.) Declínio da Medicina Chinesa clássica no início do século XX

Em 1912, quando instaurada a República da China, o país passou por um movimento acelerado de industrialização e modernização compatível com a evidência e valorização da ciência e da medicina ocidentais como parte do progresso. Neste período, a medicina chinesa clássica, que desde a última dinastia da Era Imperial (Dinastia Qing - 1644-1912) já apresentava sinais de declínio com uma lenta transformação dos valores culturais chineses pelos valores ocidentais em plena expansão, tem seus conhecimentos médicos e especialmente a cosmologia que embasa o seu desenvolvimento consideradas um conjunto de crenças supersticiosas e que representavam um importante atraso no processo de desenvolvimento da República da China.

Unschuld (1985) cita a postura política de Chén Dúxiù - defensor da modernização da China em 1919 e secretário-geral do Partido Comunista Chinês - como exemplo do alto risco de extinção da medicina chinesa neste momento histórico:

Nossos estudiosos não compreendem a ciência; assim, fazem uso dos símbolos "yin-yang" e de crenças nos cinco elementos para confundir o mundo. Nossos médicos não compreendem a ciência: nada sabem sobre anatomia humana ou análise médica. Quanto a envenenamento bacterial e infecções, nunca ouviram falar a seu respeito. O ápice de suas ilusões delirantes é a teoria do Qi, que na verdade mais se aplica aos acrobatas e aos sacerdotes daóístas. Nós nunca compreenderemos este Qi, ainda que o procurando em todo o universo. Todas essas noções imaginárias e crenças

irracionais podem ser corrigidas na raiz pela ciência, porque para explicar a verdade pela ciência temos que provar tudo pelos fatos (UNSCHULD, 1985, p.247).

Segundo Souza e Luz (2011), a reconstrução da medicina chinesa teve início após a revolução comunista de 1949, tendo recebido suporte de Mao Tsé-Tung³ que, naquele momento histórico era responsável pelo governo de um país que passava por diversos problemas de saúde coletiva, econômicos e políticos. Construiu-se então uma medicina parcialmente fundamentada em concepções clássicas em associação à medicina ocidental hegemônica, a qual foi denominada de Medicina Tradicional Chinesa, também conhecida por termos como: modernizada, científica, sistemática ou padronizada. Fazendo jus aos termos que a qualificam, a MTC traz como características a padronização de critérios diagnósticos e de protocolos terapêuticos aplicados a condições genéricas de adoecimento, desarmonia ou expansão de vitalidade. Esta noção de padronização torna-se a diretriz clínica e também de pesquisa científica na MTC. De acordo com Fruehauf (1999), essa escola monopolizou a prática da medicina chinesa na China continental e tornou-se modelo para sua expansão internacional.

I.III.) Expansão e modernização da M.T.C. no cenário ocidental após a revolução comunista

Desta forma, a MTC, através especialmente da prática da acupuntura, é frequente no cenário mundial compondo o mosaico de cuidados em saúde que cada pessoa pode fabricar para si. Sua disseminação mais consubstancial no ocidente iniciou principalmente ao fim da década de 60, como parte de um conjunto de transformações sociais de abrangência mundial - o "movimento de

³ Mao Tsé-Tung foi um político, estrategista de guerra, líder comunista e revolucionário chinês. Liderou a Revolução Chinesa e fundou a República Popular da China, governando o país desde a sua criação em 1949 até 1976, ano em que morreu.

contracultura⁴” - quando manifestações de contestação às estruturas vigentes tornaram propícia a efervescência de modelos alternativos de sociabilidade: práticas alternativas educacionais, relações alternativas de produção e economia, relações afetuosas e sexuais alternativas e, dentro do foco deste trabalho, práticas de cuidados em saúde alternativas à racionalidade médica ocidental hegemônica⁵.

Teve início, então, a inserção da medicina chinesa na sociedade civil e nas instituições de saúde de países ocidentais, modificando uma prática anterior em que esta medicina estava presente, quase que exclusivamente, nas colônias de imigrantes asiáticos. A MTC, assim como as outras racionalidades médicas e as práticas terapêuticas alternativas, representava o campo simbólico das “culturas alternativas” e por seu caráter contra-hegemônico sofreu *resistências por parte do status quo, tendo sido qualificada, por exemplo, como panacéia mística, superstição e charlatanismo, principalmente por médicos e instituições da área da saúde no Brasil* (NASCIMENTO apud SOUZA E LUZ, 2011, p.156).

⁴ (...) movimento social urbano denominado contracultura, desencadeado nos anos 60 e prolongado durante os anos 70 nos EUA e na Europa, incluiu a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da nossa racionalidade médica, e mesmo opostos a ela, numa atitude (...) de rejeição cultural ao modelo estabelecido. (LUZ, 2005, p.153)

⁵ Nesta produção textual, os termos “racionalidade médica ocidental hegemônica”, “medicina convencional”, “medicina ocidental contemporânea” e “biomedicina” são utilizados como sinônimos e referem-se a uma racionalidade que, segundo Camargo Jr. (1990), é uma medicina do corpo, das lesões e das doenças. Desenvolve-se dentro de uma visão analítico-mecanicista em que o corpo humano é dividido em sistemas, cada qual relacionado a uma disciplina e/ou especialidade médica e cujas propriedades são descritas e aprofundadas isoladamente. Tem grande foco de ação na diferenciação entre o “normal” e o “patológico” e quando esta divisão não é bem definida é tratado como uma atipia, embora os “casos atípicos” representem uma parte considerável dos diagnósticos. As práticas terapêuticas desenvolvem-se prioritariamente em torno de medicamentos e intervenções cirúrgicas.

Ao final da década de 70, segue-se um movimento de institucionalização das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC)⁶ no cenário global. A OMS criou o Programa de Medicina Tradicional por meio do qual vem expressando o seu compromisso em incentivar os Estados-membros a *formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado das MAC nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos* (BRASIL, 2006) a fim de ampliar os conhecimentos a cerca da segurança, eficácia e qualidade destas práticas. Este movimento foi reforçado após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, em 1978. A Declaração de Alma-Ata reconheceu, pela primeira vez em termos oficiais, os praticantes das MAC como trabalhadores de saúde, bem como sua importância para o cuidado à saúde das populações, principalmente na atenção primária à saúde.

I.IV.) O processo de institucionalização das medicinas e práticas não convencionais

Na década de 80, perdeu força a ideologia de contracultura e, segundo Souza e Luz (2011), ocorreu mundialmente um processo de mercantilização das práticas contraculturais de cuidado em saúde, incluindo-as no mercado da saúde como “novos produtos e serviços”. Os instrumentos de regulação social e de mercado passaram a controlar as práticas terapêuticas alternativas e o exercício de outras racionalidades médicas. Desta forma, as racionalidades médicas diferentes da ocidental hegemônica, neste caso a racionalidade médica chinesa e especificamente a acupuntura - uma de suas práticas terapêuticas mais difundidas -

⁶ Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) é termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para designar o conjunto de diversos sistemas, práticas e produtos médicos e de atenção à saúde que não são considerados, atualmente, parte da medicina convencional. A OMS estimula o uso dessas práticas nos sistemas de saúde nacionais de forma integrada à medicina alopática, preconizando o desenvolvimento de políticas que obedeçam a requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso.

necessita de reconhecimento enquanto especialidade médica e de legitimação da prática da acupuntura pelas lentes das pesquisas biocientíficas que visam conferir a esta prática terapêutica o "selo de cientificamente comprovada". Neste campo de disputas *a bandeira da ciência é içada ora para desqualificar estas práticas concorrentes (com o modelo hegemônico), ora para incorporá-las ao interior do paradigma biomecânico de maneira mais ou menos integrada* (NASCIMENTO apud NASCIMENTO, 2012, p.350).

Nota-se, porém, que, entre a diversidade de novas práticas em saúde, a acupuntura foi incorporada de forma mais estruturada às culturas ocidentais,

(...) tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras. (BRASIL, 2006).

Segundo Souza e Luz (2011), a ascensão da República Popular da China no cenário mundial parece reforçar o desenvolvimento das práticas de saúde da racionalidade médica chinesa em escala mundial, tendo a escola Medicina Tradicional Chinesa como modelo de padronização, segurança e eficácia. Os efeitos terapêuticos da acupuntura têm sido paulatinamente verificados à luz das biociências, ou mais especificamente, das neurociências, as quais admitem, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura pode provocar a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

Neste contexto, é perceptível a adequação da prática da acupuntura à forma ocidental de produção científica de conhecimento como um modo de alcançar legitimação e institucionalização de suas práticas. Souza e Luz (2011) problematizam sobre os limites da validação de saberes em saúde de uma outra racionalidade médica (“saberes exógenos”) por uma forma comum de validação de saberes em saúde da sociedade ocidental e que desconsideram outras formas de pesquisas sobre os fundamentos da racionalidade médica chinesa.

Ao longo deste processo de institucionalização, é considerável o apoio do grupo de pesquisa Racionalidades Médicas, desenvolvido por Luz e associados, para que outros sistemas médicos complexos, *independentes e específicos, dotados de uma lógica própria* (NOGUEIRA, 2009, p.66) e práticas terapêuticas não-hegemônicas obtivessem legitimidade institucional, tendo sido consideradas sua *coerência teórica e consistência terapêutica* (LUZ, 2012a, p.21). Como exemplo de consequência das atividades de pesquisa deste grupo, podemos citar o texto da PNPIC, onde Luz é citada como fonte para a conceituação de importantes termos utilizados na mesma, como os conceitos de sistemas médicos complexos e seus recursos terapêuticos.

Tal grupo de pesquisa, inicialmente (1992-1997) denominado Racionalidades Médicas, a seguir (1998-2009) conhecido por Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde e atualmente inscrito no CNPq Grupos como “Racionalidades em Saúde: sistemas médicos complexos e práticas integrativas” desenvolve atividades de pesquisa, produção científica e ensino em cursos de pós-graduação nas áreas de Saúde Coletiva, Ciências Sociais e Sociologia da Saúde. A produção principal relativa à fase constituinte do grupo diz respeito à produção do conceito ‘Racionalidades Médicas’ e ao estudo destas racionalidades, sendo estas: biomedicina (medicina ocidental contemporânea), homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina ayurveda e medicina antroposófica.

Segundo Luz (2012a), o conceito de racionalidade médica foi definido em 1993 da seguinte forma:

é racionalidade médica todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (provisoriamente definida como 'anatomia'), uma dinâmica vital (provisoriamente definida como 'fisiologia'), uma doutrina médica (definidora do que é estar doente e ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico (LUZ, 2012a, p.19).

Posteriormente, tornou-se evidente que estas cinco dimensões operativas apoiam-se em uma sexta dimensão que as embasa: a cosmologia (visão de mundo), ou seja, a própria tessitura simbólica com suas imagens e representações que expressam a cultura onde se origina dada racionalidade médica. Assim, qualquer racionalidade médica é parte de um contexto sócio-histórico específico e define para tal contexto a compreensão sobre o adoecer, a cura e a morte. Os estudos e as produções do grupo Racionalidades Médicas contribuíram notadamente no campo da Saúde Coletiva ao vencer um obstáculo epistemológico que tradicionalmente impedia de ver outros sistemas médicos como portadores de racionalidade científica (LUZ, 2012a, p.21), retirando-os de um horizonte mítico frequentemente projetado pelos ocidentais.

No Brasil, a racionalidade médica chinesa - em especial a prática terapêutica da acupuntura - como em todo o ocidente, também dispersou-se prioritariamente com o movimento de contracultura, a partir da década de 70. A institucionalização de outras racionalidades médicas e de práticas alternativas de cuidado em saúde no Brasil, além da influência internacional, tem expressão histórica por fazer parte das demandas sociais coletivas representadas nas Conferências Nacionais de Saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 é considerada um marco histórico para a oferta destes cuidados em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) a qual, impulsionada pelo movimento de Reforma Sanitária, *deliberou pela introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde,*

possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida (BRASIL, 1986).

Em 1988 a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação lançou resoluções que fixaram normas e diretrizes para os atendimentos em acupuntura, bem como para os atendimentos em homeopatia, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia. Em 1995, o Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais foi instituído através da então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e um ano após, na 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a incorporação das práticas de acupuntura, homeopatia e fitoterapia no SUS, contemplando as terapias alternativas e práticas populares. Seguindo o processo de institucionalização da acupuntura como recurso terapêutico da MTC no SUS, em 1999 as consultas médicas com acupuntura (e também de homeopatia) foram incluídas na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde recomendou incorporar na atenção básica (rede Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde) as práticas não convencionais de terapêutica, como acupuntura e homeopatia. Três anos após, o relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou pela efetiva inclusão da Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) no SUS. Neste mesmo ano, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT) no Ministério da Saúde (MS) que contava com representantes das Associações Nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica e com a participação das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Este GT foi coordenado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e tinha como objetivo elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) no SUS, a atual Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Em 2004, na 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde, a PMNPC (atual PNPIC) foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa. A proposta da PMNPC foi submetida à avaliação pelas Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em fevereiro de 2005. Foi apresentada em reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em setembro de 2005 e, por recomendação deste Conselho, foi submetida à Comissão de Vigilância Sanitária e Farmaco-epidemiológica para avaliação e recomendações. A proposta, agora incluindo as alterações feitas por esta comissão, foi, em dezembro de 2005, novamente submetida ao CNS e então aprovada com restrições referentes ao conteúdo da proposta técnica para a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e ao nome da Política, além de solicitar a inclusão da prática do Termalismo Social/Crenoterapia, visto que nesta mesma época era produzido o relatório do Grupo das Águas do CNS o qual atribuía ao Termalismo importantes propriedades terapêuticas. Constituiu-se então uma subcomissão nomeada pelo CNS - composta por representantes deste conselho, técnicos do MS e de consultores externos com o objetivo de discutir e elaborar a proposta final da política. (BRASIL, 2006)

Por fim, em fevereiro de 2006, o documento final da política, com as respectivas alterações, foi aprovado por unanimidade pelo CNS e, em seguida, publicaram-se as Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006 e nº 1.600 em 17 de julho de 2006 que aprovaram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), atendendo às diretrizes da OMS e visando avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no âmbito do SUS. Em relação à capacidade de integração destas práticas ao sistema nacional oficial de saúde, a aprovação desta política específica inseriu o Brasil na vanguarda destas práticas de saúde no âmbito das Américas. (BRASIL, 2006)

A PNPIIC trata de práticas em saúde que tem como base a integralidade do indivíduo e um modelo de atenção humanizado e acolhedor com vistas ao exercício da autonomia e a afirmação da alteridade. Nesse sentido, o desenvolvimento (desta política) *deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS* (BRASIL, 2006, p.5). Esta política nacional trata de três sistemas médicos complexos: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Medicina Antroposófica e dois recursos terapêuticos: Fitoterapia e Termalismo/Crenoterapia.

Além da busca por legitimidade, o processo de institucionalização da racionalidade médica chinesa com sua gradativa inserção no grupo de abordagens em saúde oferecidas por sistemas de saúde privados, por profissionais autônomos e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo marcado por disputas pela formação de corporações, de associações e de instituições educacionais; disputas pela legalidade e reconhecimento do exercício desta racionalidade médica nos específicos campos profissionais da medicina, enfermagem, odontologia, medicina veterinária, fisioterapia, educação física, entre outros; disputas por recursos públicos e por mercado de trabalho para diversos profissionais de saúde e também para os acupunturistas⁷. Como consequências de tal processo de institucionalização, atualmente, é possível identificar diferentes configurações de formação dos profissionais de saúde e conturbadas proibições e liberações de atuação clínica destes profissionais.

⁷ Por acupunturista, refiro-me aos profissionais cujas formação, treinamento e práxis tenham sido feitos exclusivamente dentro da racionalidade médica chinesa. Como grupo, parece haver demanda por reconhecimento de sua categoria como mais um tipo de profissional de saúde, distinto dos demais, que é 'especializado' em acupuntura, uma das práticas terapêuticas da medicina chinesa. (SOUZA E LUZ, 2011, p.172)

I.U.) A MTC como uma Racionalidade Médica

Dada a mundialização da MTC e, especialmente, da acupuntura - *cuja prática milenar se estende não apenas no tempo, mas também no espaço geográfico e cultural* (NASCIMENTO, 2012, p.343) - entende-se que a racionalidade médica chinesa venha se formando e transformando continuamente, produzindo um alto grau de heterogeneidade.

(...) seus paradigmas anteriores não são eliminados ou superados, mas passam a orbitar as idéias mais recentes, guardando destas maior ou menor distância de acordo com o grau de ruptura ou segundo a agenda política do momento. Dessa forma, a medicina chinesa tornou-se uma colcha de retalhos onde coexistem idéias e práticas oriundas de períodos históricos diferentes. (LUZ, D. 2012, p.103)

Não me proponho a analisar estas múltiplas versões, e menos ainda a atribuir valores de eficácia a elas. É meu propósito tratar de uma prática de acupuntura de estruturação bastante recente e que pode ser encontrada na maioria dos serviços brasileiros e nas instituições brasileiras de ensino da mesma, podendo ainda existir certas variações de escola para escola, de serviço para serviço.

Descrevo a seguir a medicina tradicional chinesa, passando por cada uma das seis dimensões de um sistema médico complexo, ou seja, de uma racionalidade médica. Desconsiderar sua complexidade e heterogeneidade constitutiva, além das diversas mudanças desenvolvidas ao longo dos séculos e dos territórios de prática traz riscos de simplificação, porém, o estudo histórico e antropológico desta medicina não está em meus objetivos, sendo estes neste momento, bem mais simples: descrever os traços fundamentais nas seis dimensões que constituem a racionalidade médica chinesa como um sistema médico complexo, tal como ela se apresenta na contemporaneidade no Brasil.

I.U.I.) **Cosmologia da MTC**

A cosmologia (*visão de mundo*) é a dimensão que, ao considerar o contexto sócio-histórico-cultural específico de desenvolvimento de um determinado sistema médico complexo, dá sustentação às demais dimensões que categorizam uma racionalidade médica. A cosmologia da MTC, segundo Luz, D. (2012), é composta por conceitos-chave selecionados de um conjunto heterogêneo de interação conceitual das diferentes escolas e tradições que surgiram no decorrer do longo tempo de existência da racionalidade médica chinesa. Dentre estes destaco as noções cosmológicas de holismo, de *Dao* (o caminho), de *Yin /Yang*, de *Wu Xing* (cinco fases), de *Gan Ying* (o impulso e a resposta) e das interrelações entre tais noções que, em conjunto, produzem uma base conceitual abrangente e com clara aplicação em toda a morfologia, fisiologia, patologia, diagnóstico, tratamento, prognóstico e instrução ao paciente desta racionalidade médica implicada com a compreensão do estado do paciente no contexto ambiental e de temporalidade em que vive, diferenciando-se de uma questão de misticismo e desenvolvendo uma *outra forma* de prática clínica.

A noção cosmológica do holismo propicia o entendimento do universo como uma rede infinita de fluxos de energia - intercomunicadores e interdependentes - onde uma dada área qualquer somente tem existência e significado dentro do contexto de um todo. Considera-se esta rede em contínuo movimento e transformação, onde o princípio de inter-relacionamento é constante e os padrões funcionais de relacionamento são mutantes. O holismo considera que todos os seres vivos em sua totalidade individual manifestam o macrocosmo em sua constituição e funcionamento. O ser humano é percebido de modo integrado em suas dimensões materiais e imateriais como um microuniverso em relacionamento permanente com a natureza - como um macrouniverso.

Segundo tal cosmologia, um estado de normalidade (prevenção ou cura) é possível quando o ser humano - enquanto microcosmo - encontra-se em harmonia com as dinâmicas ambientais (do Céu e da Terra) - enquanto macrocosmo - pressupondo uma ordem vital em constante movimento, ou seja, mantendo um padrão cambiante entre estados de saúde e de doença. Tais percepções repercutem em uma perspectiva de integralidade manifestada nas demais dimensões deste sistema médico complexo.

A noção clássica de Dao refere-se à *origem não-dual do cosmo, uma vez que precede a dualidade micro/macrocosmo* (LUZ, D., 2012, p.104). Refere-se ao percurso natural e espontâneo pela vida microcosmica (individual e social) e macrocósmica (natureza) em unidade. A busca de tal caminho - caracterizado por padrões funcionais de moderação - é considerada um pré-requisito para se ter e manifestar saúde e fundamenta a idéia de normalidade da MTC, assim, 'seguir o Dao' significa 'seguir o caminho natural da pessoa' ou 'seguir a via correta do cidadão/governante'. Este conceito traz para o próprio indivíduo a responsabilidade pelo gerenciamento de seu corpo, o que *representa uma ruptura com as tradições anteriores, em que o bem-estar da comunidade bem como do indivíduo estava condicionado aos caprichos de entidades sobrenaturais* (LUZ, D. 2012, p.106).

A teoria Yin/Yang traz o conceito básico e fundamental de todas as ciências orientais que pressupõem a alternância harmônica entre Yin e Yang como condição primordial e essencial para a origem de todos os fenômenos naturais, como por exemplo, o princípio da "energia" (representada pelo Yang) e da "matéria" (representada pelo Yin). Historicamente, a referência mais antiga que se tem de Yin/Yang é, provavelmente, a do Livro das Mutações (700 a.C.), onde o Yin é representado por uma linha interrompida e o Yang por uma linha contínua. Tais linhas são combinadas diversas vezes chegando a combinação final de 64 hexagramas que simbolizam todos os fenômenos possíveis no universo, mostrando que cada coisa ou fenômeno existe por si mesmo e pela relação intrínseca com o

seu oposto e também caracterizando a natureza cíclica e dual do universo e de todas as coisas.

Ao aplicar a Teoria *Yin/Yang* na semiologia podemos caracterizar as estruturas corpóreas, lembrando que tal caracterização se dá de maneira relativa. Tem-se como *Yang* as estruturas de topografia superior, exterior, pósterio-lateral (dorso e face externa dos membros superiores e inferiores) e as funções orgânicas e como *Yin* as estruturas de topografia inferior, interior ântero-mediais (colo, abdômen e face interna dos membros superiores e inferiores) e relacionadas com as estruturas corporais. As estruturas *Yang* remetem à atividade; são constantemente preenchidos e esvaziados, transformando, separando e excretando produtos; comunicam-se com o exterior; como por exemplo: o estômago, o intestino e a bexiga. As estruturas *Yin* remetem à estocagem das Substâncias Vitais, como o fígado, o baço e o pâncreas. Entretanto, como considera-se sempre um equilíbrio dinâmico, cada órgão contém em si mesmo um aspecto *Yin* de estrutura e um aspecto *Yang* de função e de transformação da energia vital. Assim, só é possível entender a concepção de *Yin-Yang* considerando o conjunto das duas energias opostas organizadas de acordo com as várias possibilidades de combinação dentro de um mesmo movimento. A relação *Yin/Yang* apresenta quatro aspectos definidores principais, chamados de enunciados da Teoria *Yin/Yang*, são eles: oposição, interdependência, consumo mútuo e intertransformação.

O enunciado de oposição considera que *Yin* e *Yang* são estágios opostos de um ciclo dinâmico e constantemente variável. Portanto, não se aplica o conceito binário ocidental de oposição absoluta e sim uma oposição sempre relativa onde cada fenômeno ou situação precisa ser avaliada em relação a um contexto. Como opostos, se *Yin* e *Yang* estão em harmonia não podem ser identificados separadamente e não há, portanto, sinal ou sintoma. Assim, é possível concluir que todo sinal ou sintoma decorre basicamente de um desequilíbrio entre *Yin* e *Yang*. Temos como exemplo os sintomas de agitação ou ansiedade, calor e excitação

como expressão de uma composição com supremacia de *Yang* ou os sintomas de quietude ou depressão, frio e inibição como expressão de um estado com supremacia de *Yin*. O enunciado de interdependência demonstra que *Yin* depende de *Yang* e vice-versa, ou seja, a qualidade *Yin* não existe sem a qualidade *Yang*. Como por exemplo, ao analisarmos um órgão, a sua estrutura que representa sua característica *Yin* é interdependente de sua funcionalidade que representa sua característica *Yang*. O terceiro enunciado da Teoria *Yin/Yang* é o de consumo mútuo, o qual explica que *Yin* e *Yang* permanecem em equilíbrio dinâmico, ou seja, quando uma das partes sofre modificação há uma modificação provocada na outra parte no sentido de encontrar um novo estado de estabilidade e harmonia. O quarto e último enunciado da Teoria *Yin/Yang* diz respeito à intertransformação, explicando a capacidade de *Yin* e *Yang* transformarem-se um em outro quando as condições internas estão em estágio de amadurecimento propício para tal. Aqui pode-se citar como exemplos as ocorrências cíclicas naturais como o ciclo circadiano (dia-noite), as estações do ano, o fluxo dos meridianos no corpo.

A noção de Wu Xing (cinco fases, cinco elementos ou cinco movimentos) é utilizada, na cosmologia chinesa, para explicar as relações fisiológicas saudáveis e os processos geradores de desequilíbrios e/ou doenças, bem como sua íntima relação com o ambiente, explicando também os processos evolutivos da Natureza e do Universo. Os Cinco Elementos estabelecem uma série de relações ou ciclos associativos intrínsecos a cada elemento e entre os mesmos.

Ao tratarmos de ciclos associativos intrínsecos a cada elemento, combinamos a noção cosmológica de Wu Xing com a de *Gan Ying* (o impulso e a resposta) que, segundo Pregradio (2003), é a concepção do “princípio da ressonância” o qual propõe que fenômenos da mesma qualidade partilham a mesma energia vital e, portanto, se afetam mutuamente, explicando as correspondências qualitativas do pensamento analógico que integra os níveis do cosmo.

O cosmo, o ser humano, a sociedade e o ritual são relacionados por analogia uns aos outros, de forma que um evento ou ação que ocorra em qualquer um desses domínios poderá ser relevante nos outros. Isso é determinado pelo princípio da ressonância, Gan Ying, que traduzido literalmente seria o "impulso e a resposta", pelos quais as coisas pertencentes à mesma classe ou categoria, se influenciam. O ritual, por exemplo, restabelece a conexão original entre os seres humanos e os deuses, e um homem real ou um santo beneficiam toda a comunidade humana em que vivem por seu alinhamento com as forças que regulam o cosmo. Por outro lado, um soberano que ignore os presságios dos céus traz calamidades e distúrbios sociais (PREGRADIO, 2003, p. 56)

No organismo humano, cada um dos cinco elementos relaciona-se a um sistema composto por órgão, víscera, órgãos dos sentidos e emoções específicas, traçando com estes correspondências que se manifestam na clínica da racionalidade médica chinesa. Os cinco elementos também podem ser vistos como qualidades básicas processuais: a Água que umedece e desce, é salgada e traduz um processo de fluidez, liquidez, solução; o Fogo que inflama em ascendência, é amargo e traduz um processo de combustão, geração de calor; a Madeira que pode ser dobrada e esticada, é azeda e traduz um processo de praticabilidade; o Metal que pode ser moldado e enrijecido, é picante e traduz um processo de solidez, congelamento e capacidade de modelagem e a Terra que permite disseminar, crescer e colher, é doce e traduz um processo de nutrição. Os Cinco Elementos podem ainda ser interpretados como movimento, simbolizando as direções: a Água representa o movimento para baixo, como a energia vital do Rim no sentido de excreção dos fluídos impuros; o Fogo indica um movimento para cima, como o fogo patológico que inflama em ascendência produzindo sensação de onda ascendente de calor e face vermelha; a Madeira representa o movimento expansivo e exterior, em todas as direções, assim como a energia vital do Fígado que flui livre e harmonicamente em todas as direções; o Metal representa o movimento para o interior, de contração, como o Pulmão que controla a pele a qual contém o corpo e, finalmente, a Terra que representa a neutralidade ou estabilidade, estando no centro como um pivô de referência. Os Cinco Elementos podem, ainda, ser

traduzidos como estágios de um ciclo sazonal: a Madeira corresponde à primavera, ao nascimento; o Fogo corresponde ao verão, ao crescimento; o Metal corresponde ao outono, à colheita; a Água corresponde ao inverno, ao armazenamento e a Terra corresponde à canícula, isto é, aos 18 dias finais de cada estação quando as energias naturais retornam à terra para serem reabastecidas, corresponde à transformação.

Portanto, na prática clínica da racionalidade médica chinesa são perceptíveis as relações analógicas entre estação climática, clima, sabor, emoção, órgãos e vísceras do corpo humano, representadas no quadro abaixo.

Elemento	Estação do ano	Clima	Cor	Sabor	Emoção	Órgão	Víscera
Água	Inverno	Frio	Preto	Salgado	Medo	Rim	Bexiga
Madeira	Primavera	Vento	Verde	Azedo	Raiva	Fígado	Vesícula Biliar
Fogo	Verão	Calor	Vermelho	Amargo	Alegria	Coração	Intestino Delgado Pericárdio
Terra	Canícula	Umidade	Amarelo	Doce	Pensamento Preocupação	Baço-Pâncreas	Estômago
Metal	Outono	Secura	Branco	Picante	Tristeza Melancolia	Pulmão	Intestino Grosso

Quadro 1. Cinco Elementos e características relacionadas.

Ainda segundo a teoria dos Cinco Movimentos existe uma série de relações entre os elementos para que nenhum se sobressaia ao outro, proporcionando uma situação de harmonia. Zou Yan - o principal expoente da Escola Naturalista (476-221 a.C.) - descreveu matematicamente 36 possibilidades de interrelações entre os Cinco elementos. Como principais temos as seqüências de geração e de dominância.

A seqüência de geração, também conhecida como mãe-filho, mostra cada elemento sendo gerado por um e também gerando outro. A Água como fator principal para crescimento das plantas; o Fogo que acontece pela queima da Madeira, cujas cinzas formam a Terra (solo); sob o solo se formam as rochas e os Metais (minerais) e as fontes de Água brotam dos minerais. Sendo assim: A Água gera a Madeira; a Madeira gera o Fogo; o Fogo gera a Terra; a Terra gera Metal e o Metal gera a Água. Assim como na natureza, há também uma relação de geração entre suas funções orgânicas, que, se acontecer de forma mais ou menos intensa, origina um padrão de desarmonia que pode significar um déficit na vitalidade ou a geração de doenças. Como exemplo pode-se citar a madeira que alimenta, gera, o fogo, porém se essa harmonia se quebra, por falta de lenha, acontecerá um desequilíbrio, gerando um fogo fraco ou inexistente. Na prática clínica, têm-se a relação do Fígado (*Gan*) - associado ao elemento madeira - como "mãe" do Coração (*Xin*) - associado ao elemento fogo. O Fígado tem como função "estocar o sangue", caso esta função esteja prejudicada, o sangue no Coração também estará deficiente, gerando sintomas de deficiência de sangue no Coração - as palpitações. Cabe aqui uma analogia com a anemia - patologia do âmbito da racionalidade biomédica - que também apresenta a palpitação como um sintoma e também pode relacionar-se com alterações funcionais do fígado.

A seqüência de controle ou dominância (também conhecido como avô- neto) demonstra que cada elemento controla um e é controlado por outro, assegurando um processo de equilíbrio auto-regulado. A Madeira controla a Terra; a Terra

controla a Água; a Água controla o Fogo; o Fogo controla o Metal e o Metal controla a Madeira. assim, na natureza, a Água pode ser usada para extinguir o Fogo, controlando-o; o Fogo pode derreter o Metal, dominando-o; o Metal moldado e enrijecido é utilizado nos instrumentos e ferramentas que cortam a Madeira, dominando-a; as raízes das árvores penetram e invadem a Terra e a Terra pode impedir o fluxo da Água, controlando-a. Como exemplo de desarmonia na prática clínica da MTC pode-se citar o caso da estagnação do Qi do Fígado (Gan). O Fígado tem a função de orquestrar o fluxo de Qi pelo organismo, situações como uma raiva inadequada ou excessiva - emoção associada ao elemento Madeira e por conseqüência ao Fígado - cursam com a estagnação do Qi no Fígado o que gera uma invasão ou um controle excessivo no Estômago (Wei) - associado ao elemento Terra - impedindo-o de decompor e triturar o alimento bem como impedindo o livre fluxo de descida do Qi de Estômago, provocando o sintoma de náuseas.

A figura a seguir ilustra estas duas principais seqüências de interrelação dos Cinco Elementos.

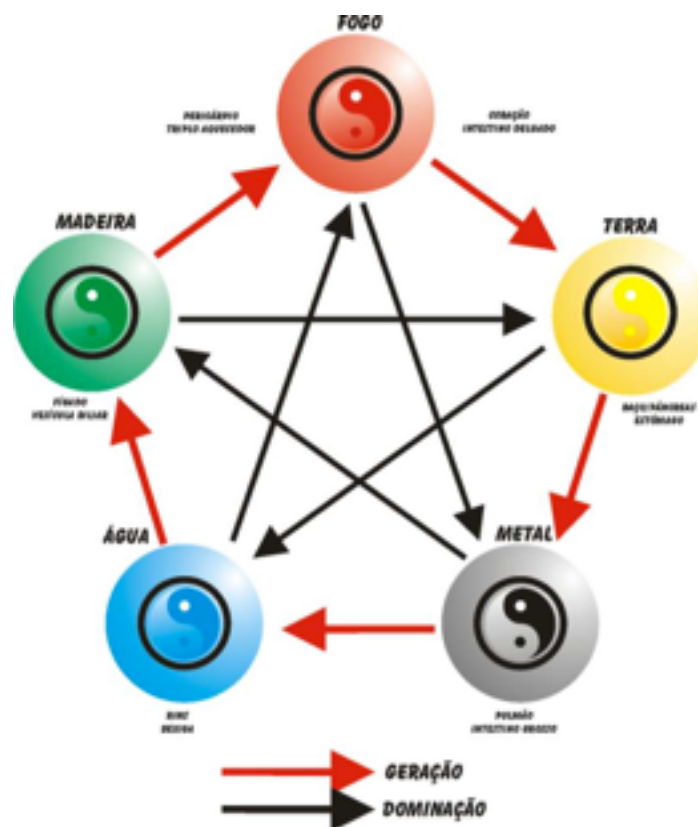


Figura 1. Ciclo de geração e Ciclo de dominância entre os Cinco Elementos.

Cabe aqui pontuar que a cosmologia da biomedicina - a medicina ocidental hegemônica - remete à mecânica clássica, onde o humano e o universo são vistos como grandes máquinas que podem ter suas partes isoladas, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é dado necessariamente pela soma das partes.

I.U.II.) Doutrina médica

Ao tratar da doutrina médica na MTC, ou seja, da dimensão definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável e de como tratar, é necessário, segundo Luz (1993), fazer referência ao pensamento confucionista no qual o homem encontra a harmonia - social e pessoal - pela adesão a um conjunto de procedimentos considerados virtuosos em função de sua identificação com o movimento natural do universo: a alternância harmoniosa de *Yin-Yang*, dos cinco elementos e o livre fluxo do *Qi*.

A saúde na MTC tem uma conceituação positiva, significando vitalidade. Sendo assim, há a idéia de desenvolver cuidados em saúde no sentido de manutenção ou incremento da vitalidade e não apenas em busca de ausência de doenças. Evidencia-se, neste aspecto da dimensão de doutrina médica chinesa, o vitalismo como importante característica paradigmática desta racionalidade. As racionalidades médicas vitalistas (a homeopatia, a medicina ayurvédica e, o foco desta análise, a medicina tradicional chinesa) caracterizam-se por uma abordagem dos problemas de saúde em *perspectiva integradora, centrada na unidade individual do doente e suas relações com seu meio* (TESSER; LUZ, 2008, p. 199).

Através do vitalismo se estabelece que a vida nos seres vivos é antes de tudo movimento, mutação constante, e que a morte é a cessação deste movimento no plano físico. O adoecimento, neste caso, nada mais é que o bloqueio ou a aceleração desmesurada deste movimento, com

consequente perda de ritmo da vida no ser vivo. Ou, se preferirmos, é uma perda de ritmo na ordem da vida. Diagnosticar, consequentemente, é detectar as origens (portanto, não as causas) e formas destas disritmias, e tratar é recolocar a totalidade envolvida na disritmia no processo harmônico da ordem vital. Neste caso a fisiologia (movimento do ser vivo percebido como totalidade) precede em importância a morfologia / anatomia, frequentemente analisada em busca de lesões, nos seres humanos, pela medicina científica contemporânea, a partir de partes/unidades específicas cada vez menores.(LUZ; WENCESLAU, 2012, p. 187)

A saúde do indivíduo está intimamente relacionada a sua capacidade adaptativa e de interação com os ciclos da natureza. Adoecer, em última instância, é entrar em descontinuidade com a harmonia relacional entre o macro e o microcosmo, visto que a concepção cosmológica de holismo - fundamento da MTC - têm no homem e no cosmo um conjunto integrado pela força vital -o Qi.

A principal forma de explicar o adoecimento, utilizada desde a medicina chinesa clássica, é por meio da Teoria dos Fatores Patogênicos. Estes podem ser classificados em internos, externos ou nem internos e nem externos. As causas de adoecimento não são atribuídas a entidades sobrenaturais, repudiando as noções das medicinas demonológicas e ancestrais.

A MTC apresenta um modelo de funcionamento associativo em que determinados tipos de emoções são gerados pela atividade da força vital nos órgãos do corpo humano e relacionam-se com cinco elementos. São sete as emoções - as chamadas "Sete Paixões": alegria relacionada ao Coração e ao elemento Fogo; raiva relacionada ao Fígado e ao elemento Madeira; melancolia e tristeza relacionadas ao Pulmão e ao elemento Metal; pensamento (obsessivo) associado ao Baço-pâncreas e ao elemento Terra; apreensão e medo relacionados aos Rins e ao elemento Água. Estas emoções podem gerar problemas fisiológicos em caso de expressão excessiva ou inadequada, quando então apresentam-se como fatores patogênicos internos. Por exemplo, um excesso não elaborado de tristeza e melancolia pode ser gerado ou então pode afetar o pulmão (órgão

associado a esta emoção) causando um sintoma relacionado com este mesmo ciclo do elemento Metal - a secura - apresentando tosse seca como um sintoma. Esta relação descrita traz à lembrança os comuns casos de Tuberculose entre os poetas do romantismo do século XIX - como Castro Alves e Álvares de Azevedo - que tinham como emoções características de suas manifestações artísticas a tristeza e a melancolia.

Além dos fatores patogênicos internos descritos acima, apresentam-se também como geradores de desequilíbrios os fatores climáticos, também chamados de "Seis Sopros": vento, calor, fogo, umidade, secura e frio que, ao invadir um organismo previamente enfraquecido, são reconhecidos como agentes patogênicos externos chamados de "Seis Excessos". Há então, desde a medicina chinesa clássica, a noção de invasão por fatores patogênicos, porém sem considerá-los um ente microbiológico, como os vírus e as bactérias que são comuns à racionalidade biomédica. Entre os fatores patogênicos externos, o vento é considerado o principal, visto que pode servir de veículo para os demais. Como exemplo pode ser citada a invasão por vento-calor determinando sinais sintomas como febre, vermelhidão em olhos e garganta, espirros e tosse, ou seja, um quadro semelhante ao diagnóstico de gripe na biomedicina.

Por fim, a classe de fatores patogênicos nem internos e nem externos refere-se à constituição de hábitos singularizados relacionados a comportamentos individuais de alimentação inadequada à constituição individual e excesso de atividade - essencialmente trabalho e práticas sexuais - em relação ao descanso. Tal condução inadequada destes aspectos considerados essenciais pode por si só produzir estados de desarmonia como também pode tornar o corpo mais vulnerável aos outros tipos de fatores patogênicos.

Na doutrina médica da medicina hegemônica ocidental, a definição de saúde faz referências genéricas ao bem-estar biopsicosocial, seguindo a lógica analítica de composição por justaposição, neste caso por biologia, psicologia e sociologia. Já a

definição de doenças é precisa, fixa e imutável, de caráter generalizante e com validade universal. Se dá pela verificação - mesmo que em nível molecular - de lesão a algum mecanismo ou órgão do corpo e se manifesta por um conjunto de sinais ou sintomas passíveis de verificação e expressão numérica ou de imagem. A tentativa de cura, recuperação ou controle se dá ao encontrar e definir a lesão e então realizar a intervenção medicamentosa ou cirúrgica, de modo geral, mas também por prescrições de dietas, comportamentos, condutas, exercícios, práticas corporais, acupuntura, homeopatia etc. Desenvolve-se uma espécie de “teoria das doenças”.

I.U.III.) Morfologia humana e dinâmica vital

Opto por tratar de maneira conjunta as dimensões de morfologia humana e de dinâmica vital nesta breve descrição das dimensões da racionalidade médica chinesa, visto *a concepção chinesa do corpo ser predominantemente funcional e preocupada muito mais com as interrelações de suas partes que com a forma anatômica.* (NOGUEIRA, 2009, p.69) O núcleo central de constituição das dimensões da morfologia e da dinâmica vital, enquanto referências anatomo-funcionais da MTC, é composto pelas teorias dos *ZangFu* (órgãos e vísceras) e dos meridianos.

ZangFu é um sistema funcional, dinâmico e associativo (NOGUEIRA, 2009, p. 71) composto por seis duplas formadas cada uma por um órgão e uma víscera, as quais representam unidades morfo-psíquico-fisiológicas fundamentais no organismo humano. São elas: Rim e Bexiga; Fígado e Vesícula Biliar, Coração e Intestino Delgado, Triplo Aquecedor e Pericárdio, Baço-pâncreas e Estômago, Pulmão e Intestino Grosso. Cada *ZangFu* apresenta uma funcionalidade específica e relações associativas com as emoções, ciclos sazonais, ciclos circadianos, órgãos dos sentidos, tecidos orgânicos, entre outros. A teoria *ZangFu* aborda a fisiologia

energética dos órgãos e vísceras constituindo a base para o entendimento da fisiologia, da propedêutica energética e da fisiopatologia dos padrões de desarmonia ou adoecimento e seu tratamento. Como por exemplo, o Rim tem como função receber a água que vem do Pulmão dividindo-a em uma porção turva que é eliminada para a Bexiga e uma porção clara que é aproveitada pelo organismo; armazena a energia essencial sendo responsável pelos processos de crescimento e reprodução e também por produzir a substância tecidual que forma o cérebro e a medula; rege os ossos e os dentes; relaciona-se com o sentido da audição, abrindo-se ao exterior nos ouvidos; relaciona-se com os aspectos psíquicos de desejo, vontade e tenacidade. Assim, o processo de envelhecimento - que se dá pelo consumo da energia essencial - é regido pelo Rim e cursa com: fragilidade óssea e dos dentes, redução da acuidade auditiva, redução do volume do tecido cerebral, dor lombar.

Conforme a teoria dos Meridianos, no período fetal, o *Qi* dos *ZangFu* exterioriza-se dando origem à formação dos Meridianos Principais e, ao longo da vida, segue promovendo a dinâmica do fluxo de energia pelos mesmos. Estes Meridianos Principais geram e ativam Meridianos Secundários os quais, por sua vez, ativam os pequenos canais de energia subcutâneos e os capilares. Em conjunto, formam uma trama complexa de vias com trajetos definidos, sem estrutura anatômica verificável, através das quais o *Qi* circula, transmitindo as diversas formas de energia entre os meios interior e exterior de forma a integrá-los. São doze os Meridianos Principais, seis deles são percorridos por energia *Yin* e estão relacionados aos *Zang* (órgãos). Estes tem seu trajeto na face medial dos membros superiores e inferiores e no tórax. Os outros seis Meridianos Principais são percorridos por energia *Yang* e estão relacionados aos *Fu* (vísceras). Estes percorrem a face dorsal dos membros superiores e a face anterior, lateral e posterior dos membros inferiores e a cabeça.

São nestes trajetos que se encontram os pontos de acupuntura - cavidades que se constituem em regiões de troca e absorção de influências do macrocosmo e onde a força vital se concentra - que, se estimulados de alguma forma, usualmente por calor (moxibustão) ou agulhamento (acupuntura), podem enviar mensagens altamente específicas para a reconfiguração da vitalidade do corpo. Cada ponto ou cavidade tem um papel individual e pode harmonizar o *Qi* dos *ZangFu*; nutrir o sangue; redirecionar o *Qi* em contrafluxo; nutrir o *Yin* ou aumentar o *Qi* ou o *Yang* de modo geral de todo organismo ou especificamente do *ZangFu* ao qual está associado; desbloquear os canais para aliviar a dor sobre o seu trajeto; resolver a umidade; expulsar o calor, o frio ou o vento de origem interna ou externa; acalmar o espírito entre outros. As propriedades de cada ponto de acupuntura, atualmente, estão enumeradas nos manuais de acupuntura e são agrupados em “receitas” ou “protocolos” de tratamento de acordo com padrões de desarmonia do organismo.

Considerando ainda as dimensões de morfologia humana e dinâmica vital, além de apresentar as teorias dos *ZangFu* e dos Meridianos, faz-se necessário apresentar outras cinco estruturas, as chamadas “Substâncias Vitais” - *Qi*, *Xue* (sangue), *Jing* (essência), *Jin-ye* (líquidos orgânicos) e *Shen* (atividades mentais). Estas substâncias são manifestações do *Qi* em diversos graus de materialidade, considerando que *Qi* é uma forma contínua de fluxo entre vários estágios possíveis de agregação da matéria, resultando na forma física quando se condensa e, quando disperso, é o próprio substrato das mutações.

A racionalidade médica chinesa percebe o corpo percorrido e, ao mesmo tempo, tecido pelo *Qi*, ou seja, é composto por centros de produção e de armazenamento de *Qi*; portas de comunicação com o *Qi* externo e uma série de estruturas de transporte e regulação de seu fluxo. É o *Qi* que regula, rege e nutre estas estruturas corporais. Assim, segundo Souza e Luz (2011)

Qi se tornou um dos fundamentos da racionalidade médica, assumindo a função de força conectiva entre órgãos e vísceras, integrando os seres individuais e, ainda, conectando-os ao cosmo. A força vital Qi operaria por

correspondência qualitativa, conforme as leis das Wu Xíng, cinco fases que explicam as diferenciações do Qi em sua constante alternância entre as polaridades Yin e Yang (SOUZA; LUZ, 2011, p.158)

A MTC considera o Qi dos seres humanos como resultado da relação do Qi do céu com o Qi da terra, enfatizando a relação dos humanos com o seu meio ambiente e considera esta relação nas definições das etiologias, dos diagnósticos e dos planos de tratamento das desarmonias ou das doenças.

Existem três formas principais de Qi. O Qi ancestral ou original (*Yuan Qi*) é a Essência em forma de Qi, portanto é o fundamento da vitalidade e da força de todas as estruturas corporais; deriva da essência pré-celestial relacionada ao aspecto hereditário; é armazenado nos Rins (Shen) estando, portanto, relacionado a todas as suas atividades funcionais e, por fim, fundamenta todas as energias *Yin* e *Yang* do organismo. Pode ser manipulado terapeuticamente em seus pontos de acúmulo - pontos Fonte ou Yuan - espalhados pela pele, por meio de agulhamento ou aplicação de moxa. O Qi nutritivo (*Ying Qi*) é composto essencialmente pelo Qi proveniente do processo de digestão dos alimentos e pelo proveniente do processo de respiração. O Qi nutritivo circula pelos Meridianos Principais e com o Sangue (*Xue*) pelos vasos e é a modalidade de Qi mais manipulada terapeuticamente por meio da Acupuntura. Por fim, o Qi defensivo (*Wei Qi*), formado basicamente por parte do Qi proveniente do processo de digestão dos alimentos em associação com o Qi ancestral (*Yuan Qi*). O Qi defensivo circula mais superficialmente, nos canais tendíneo-musculares e tem como principal função a defesa do organismo dos ataques patogênicos exteriores como Vento, Calor, Frio e Umidade. Também aquece, hidrata e nutre parcialmente a pele e os músculos; regula a abertura e fechamento dos poros e a temperatura corporal.

A circulação do Qi - essencialmente do Qi nutritivo (*Ying Qi*) - pelos Meridianos é ordenada através de um ciclo circadiano denominado de Grande Circulação de Qi. Tal circulação tem início no Pulmão às 03h00 e segue em um pico

máximo de quantum de energia por duras em cada *ZangFu* cumprindo as vinte e quatro horas do dia.

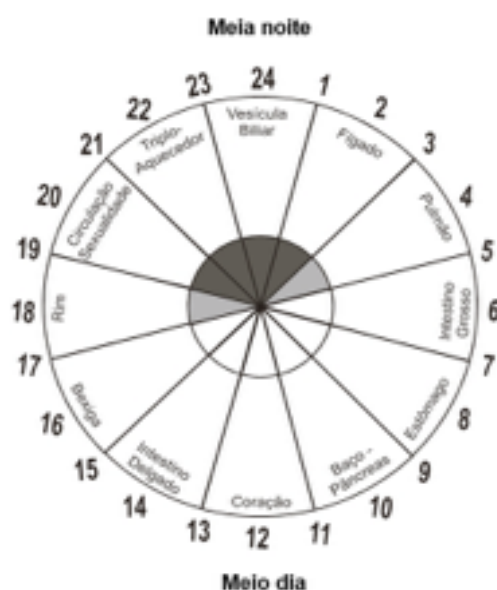


Figura 2. Ciclo circadiano de maior acúmulo de energia conforme o *ZangFu*.

O *Qi* defensivo (*Wei Qi*) é uma Energia *Yang*, veloz e com funções de aquecimento e defesa do corpo. Circula preferencialmente na periferia do corpo e dos *ZangFu*. Durante o dia circula fora dos Meridianos, ligado aos líquidos orgânicos (*Jin Ye*) e, à noite, circula dentro dos Meridianos e dos *ZangFu*, seguindo uma direção indicada pela Lei de Dominância que rege os Cinco Movimentos, ou seja, do Rim vai para o Coração, depois para o Pulmão, deste segue para o Fígado e então flui para o Baço-Pâncreas, de onde retorna para o Rim para iniciar novo ciclo, realizando 25 ciclos durante a noite.

Na dimensão dinâmica vital, a MTC pensa em *Qi*, a força vital, e em *Xue*, o sangue, como um par de opostos a ser harmonizado e que se complementam na função de nutrir o organismo. Diz-se que o Sangue carrega o *Qi* ao mesmo tempo que o *Qi* movimenta do Sangue. O Sangue é uma forma de *Qi* muito denso e material e tem como funções: nutrir o organismo e circular com o *Qi* nutritivo; umedecer as estruturas, como por exemplo o Sangue do Fígado umedece os olhos,

os tendões, a pele e os cabelos e o Sangue do Coração umedece a língua; fornecer a base material, ou seja a parte *Yin* para a Mente (*Shen*) e determinar a menstruação.

Seguindo ainda entre as substâncias vitais na MTC, cabe descrever a “essência” (*Jing*). A essência se apresenta de três formas. A essência pré-celestial é aquela do indivíduo recém concebido, formada a partir das essências do pai e da mãe. É a responsável pela nutrição do embrião e do feto durante a gestação, é dependente da nutrição do Rim da mãe e é responsável pela singularidade de cada indivíduo, ou seja, sua constituição física, força e vitalidade. Amadurece durante a puberdade, tornando-se a Essência do Rim. Não é possível repor a Essência pré-Celestial e a melhor maneira de afetá-la positivamente é manter um equilíbrio entre trabalho/estudo e descanso, moderação na vida sexual, dieta balanceada e realização de exercícios respiratórios. A essência pós-Celestial é a essência refinada extraída dos alimentos e líquidos pelo Baço e pelo Estômago, após o nascimento. Por fim, a essência do Rim, a qual deriva da essência pré-Celestial e é reabastecida pela essência pós-Celestial. É estocada no Rim e tem como funções: determinar o crescimento, reprodução e desenvolvimento; ser base (*Yin*) do *Qi* do Rim; determinar a produção da medula, sendo esta uma matriz comum da medula óssea, do cérebro e da medula espinal e servir como base constitucional. Ao comparar o *Qi* e a Essência é possível perceber diferenciações importantes: a Essência é primariamente derivada dos pai, antes do nascimento, ao passo que o *Qi* é formado após o nascimento; a Essência é reabastecida com dificuldade, embora o *Qi* seja facilmente repostado dia após dia; a Essência flui em um longo ciclo de sete anos nas mulheres e oito anos nos homens, enquanto o *Qi* flui em ciclos menores, alguns anuais, alguns diários e alguns ainda mais curtos; a Essência sofre transformações lentas e graduais ao longo do tempo e o *Qi* transforma-se rapidamente ao longo de momentos.

Outro representante das substâncias vitais na MTC são os fluidos orgânicos (*Jin-Ye*). *Jin* são os fluidos de natureza *Yang*, possuem movimento centrífugo, por vezes extravasando do corpo como o suor e a lágrima, são os fluidos claros, puros e aquosos que circulam com o *Qi*. Encontram-se entre os tecidos e os órgãos e entre a pele e os músculos, tendo a função de nutrir e umedecer. *Ye* são os fluidos de natureza *Yin* - mais turvos, densos e pesados - e encontram-se no interior das articulações, no cérebro e na medula. *Jin-Ye* são responsáveis pela modulação da temperatura corporal.

Os fluidos orgânicos (*JinYe*) relacionam-se com o *Qi* de modo que este produz, transforma e transporta os fluidos corpóreos e também os mantém. Por outro lado, os fluidos orgânicos (*JinYe*) desempenham uma pequena parte da função de nutrição do *Qi*. Clinicamente é possível exemplificar perdas desequilibradas de fluidos orgânicos (*JinYe*) como consequências de um *Qi* deficiente, como a incontinência urinária ou enurese como manifestação de uma deficiência de *Qi* do Rim, a sudorese espontânea em decorrência de deficiência de *Qi* do Pulmão, visto que este controla os poros.

Os fluidos orgânicos (*JinYe*) desenvolvem uma relação de nutrição mútua com o Sangue (*Xue*), abastecendo constantemente o Sangue e mantendo a sua fluidez de maneira que não coagule ou estagne. Os fluidos orgânicos (*JinYe*) e o Sangue (*Xue*) são ambos de característica *Yin* e são intercambiáveis. Clinicamente quando há uma perda grande ou crônica de fluidos corpóreos como em uma sudorese profusa ou em uso excessivo e repetidos de saunas pode ocorrer uma deficiência de Sangue, assim como em uma grande perda de Sangue como uma metrorragia podem aparecer simultaneamente sintomas de Deficiência de *JinYe* como a *secura*.

Uma importante característica da MTC é a integração íntima entre corpo e mente evidenciada pela integração dos "Três Tesouros" - Essência - *Qi* - Mente. Estes três diferentes estados de *Qi* afetam-se mutuamente. Sendo assim, se a

Essência e o *Qi* estiverem fortes e florescendo, a Mente estará feliz, equilibrada e alerta e se a Mente estiver afetada, por tensões emocionais, excesso de trabalho sem o devido descanso para a recuperação ou excesso de atividade sexual afetará primeiramente o *Qi* e, caso estas condições se cronifiquem ou se intensifiquem gerando Fogo, a longo prazo há um consumo de *Yin* geral e a seguir um consumo desequilibrado da Essência. São funções da mente: pensamento, memória, perspicácia, cognição, sono, inteligência, sabedoria e idéias.

O Coração (*Xin*) é considerado a residência da Mente, sendo portanto o órgão interno de maior relação com a Mente. Clinicamente, cada emoção afeta seu órgão relacionado, como por exemplo: a raiva afeta o Fígado (*Gan*), o excesso de felicidade e a mania afetam o Coração (*Xin*), a preocupação excessiva afeta o Baço-Pâncreas (*Pi*); a tristeza excessiva afeta o Pulmão (*Fei*); o medo e a insegurança afetam o Rim (*Shen*), porém todas estas emoções afetam também o Coração (*Xin*), porque é ele que pode reconhecer todas as emoções.

I.U.I.U.) Sistema diagnóstico

Os praticantes da racionalidade médica chinesa procuram identificar um padrão de adoecimento para cada indivíduo de modo singular. Portanto, tais padrões apresentam características peculiares de ritmo, gravidade e trajetória de evolução do processo de adoecimento. O conceito de vitalidade, de *Qi* e dos canais/meridianos permitem ao praticante da MTC interpretar qualquer sensação de mal-estar como algum grau de perturbação da ordem vital do organismo. Para a diagnose em MTC é necessário desenvolver um raciocínio associativo, compatível com a cosmologia desta racionalidade, ou seja, em consonância com a idéia de harmonia e desarmonias provenientes de um processo relacional entre o indivíduo e o meio de vida.

Existem diversos métodos que auxiliam a diagnose na MTC já documentados, entre estes o mais utilizado na prática dos serviços brasileiros, segundo Luz, D. (2012) e Nogueira (2003), é o diagnóstico pelos Oito Princípios. Este método utiliza o raciocínio associativo compondo os sinais e sintomas observados conforme quatro pares de características - os Oito Princípios: interior-exterior, calor-frio, excesso-deficiência e Yin-Yang.

O primeiro par - interior-exterior - indica a profundidade da localização da desarmonia e, portanto, sua gravidade. São consideradas exteriores e de menor gravidade as desarmonias localizadas na pele e nos músculos. São consideradas interiores as desarmonias localizadas em *Zang Fu*, estas são originadas do agravamento de doenças exteriores ou ainda por emoções excessivas ou inadequadas. As manifestações de desarmonias exteriores e interiores não são excludentes, podendo se apresentar em combinação. O segundo par - calor-frio - está relacionado com a maneira como a pessoa percebe sua doença. Se a pessoa, durante seu processo de adoecimento, sente frio ou aversão do frio, tem extremidades frias, prefere alimentos e bebidas quentes, tem urina abundante e clara, identifica-se uma síndrome de Frio. Em uma síndrome de Calor, encontram-se manifestações como febre, agitação, constipação, urina escura e menos frequente, porém, a pessoa pode apresentar preferência por líquidos e bebidas quentes ou picantes/condimentadas. Este fato é explicado pela tendência de 'repleção do *Yang*', ou seja, ele busca sempre aumentar e se alastrar. Da mesma forma que as características interior-exterior, as características frio-calor também podem acontecer de forma combinada. Quanto ao terceiro par, um padrão de desarmonia pode ser de deficiência, relacionando-se com estados de depleção dos recursos naturais fisiológicos - *Qi*, sangue, *Yin* ou *Yang* dos *ZangFu* - ou de excesso, relacionando-se com a invasão de um '*Qi* perverso' de origem interna ou externa preenchendo algum lugar do corpo (um canal, um segmento de canal, uma parte do corpo, etc). Alterações nos hábitos alimentares, sexuais e emocionais podem levar a um

consumo da essência gerando estados de deficiência. Também podem haver composições das características de deficiência e excesso em um mesmo padrão de adoecimento. O quarto par de características é, na verdade, o chamado par inicial, que caracteriza globalmente os padrões de desarmonia em *Yin* ou *Yang*. O enfraquecimento de um, põe em evidência o outro, como por exemplo, um estado de deficiência de *Yin* manifesta-se com sintomas *Yang*.

Para definir o padrão de adoecimento, o praticante de MTC realiza o exame do paciente com ênfase na observação. São observados os aspectos corpóreos e faciais gerais como formato, postura, movimento, coloração e brilho da pele; traços emocionais e psicológicos; aspectos específicos das unhas, pele, cabelos, olhos, orelhas, nariz, lábios, dentes e garganta; o volume e o timbre da voz; o cheiro do corpo e o hálito. Na anamnese observam-se os detalhes das funções corpóreas comuns, tais como micção, defecação, sudorese, sede, entres outros, além de perguntas sobre as emoções. Tendo uma clínica altamente observacional, o interrogatório do praticante de MTC é sucinto e bem direcionado a dez áreas de interrogação: febres e calafrios; suores; dieta; eliminação; cabeça, corpo, peito e ventre; audição; sede e histórico das doenças. Sendo assim, a MTC leva em conta muitas manifestações clínicas *que não são exatamente sintomas ou sinais, mas expressões de determinada desarmonia* (NOGUEIRA, 2009, p.73), como por exemplo, ausência de sede, inabilidade para tomar decisões, gosto amargo na boca, saliva espessa, aparência apática dos olhos, rubor na região malar, sendo todas estas indicações significativas para a medicina chinesa.

Segundo Nogueira (2009), estas características peculiares ao sistema diagnóstico da MTC não a tornam menos sofisticada que a medicina ocidental hegemônica, sendo *forte justamente no campo em que a (medicina) ocidental encontra dificuldades, (esta) deixa de usar informações subjetivas do paciente, por desconhecer uma maneira de compreendê-las ou de poder utilizá-las na orientação de sua estratégia terapêutica.* (NOGUEIRA, 2009, p.72)

Como apoio à definição diagnóstica na racionalidade médica chinesa, apresentam-se as técnicas peculiares de exame físico da língua e do pulso. Ao avaliar a língua são considerados como critérios essenciais de inspeção a sua forma, movimento, cor e revestimento. Estes critérios são avaliados em cada parte da língua que, como um micro-sistema, representa um *ZangFu* - a ponta da língua relaciona-se ao Coração, a região imediatamente posterior à ponta da língua relaciona-se ao Pulmão, a região central ao Baço-pâncreas e Estômago, as laterais tem relação com o Fígado e a Vesícula Biliar e, por fim, a base da língua relaciona-se com os Intestinos em sua porção mais anterior e com o Rim e a Bexiga em sua porção mais posterior. O exame do pulso é bastante complexo e de grande importância para confirmação da hipótese diagnóstica traçada com a anamnese e as técnicas de observação, bem como para sanar alguma dúvida que tenha permanecido após a realização destes procedimentos diagnósticos. Sua técnica consiste em definir três áreas nos pulsos em cada braço do paciente que são verificados ao mesmo tempo, utilizando-se três dedos de cada mão do examinador. Os dedos indicadores avaliam a área mais distal do pulso e o anelar a área mais proximal, o dedo médio fica na área mediana. Cada uma das 6 áreas avaliam a condição de um par de *ZangFu*, sendo o *Zang* (órgão) avaliado pelo pulso mais profundo - o mais próximo ao osso - e o *Fu* (víscera) avaliado pelo pulso mais superficial - o mais próximo da pele. O pulso é avaliado em cada uma destas áreas de acordo com suas qualidades, estas estão basicamente agrupadas em: flutuante, afundado, lento, rápido, escorregadio e áspero. Estas características fornecem indicações altamente específicas sobre a natureza, o local e a intensidade do adoecimento.

Segundo Unschuld (1989), existia na medicina chinesa clássica uma hierarquia sistemática entre os métodos diagnósticos, seguindo de um método menos invasivo - a observação - para o mais invasivo - a verificação do pulso. Iniciavam-se os processos de definição dos padrões de adoecimento pela observação das

características do indivíduo, conforme descrito anteriormente, observavam-se o formato do corpo e do rosto, a postura, a movimentação, as cores, os olhos e a língua. Se esta observação não fosse suficiente para a definição do padrão de harmonia seguia-se para escuta dos sons corporais e para percepção dos odores, caso ainda insuficiente, seguia-se para o interrogatório. A verificação do pulso era então o último método diagnóstico ao qual o praticante recorria apenas se não havia conseguido concluir a definição do padrão de desarmonia utilizando-se dos métodos anteriores por meio dos quais não havia a necessidade de contato físico com o paciente.

I.U.U.) Sistema terapêutico

O sistema terapêutico da MTC tem como objetivo prioritário e comum produzir um novo estado de harmonia com a pessoa em processo de adoecimento ou doente. O foco central das práticas clínicas é a pessoa, vista como totalidade complexa, pluridimensional, sendo neste caso a dimensão da dinâmica vital mais importante que a dimensão morfológica. Não é possível reverter a totalidade do sujeito doente a suas partes, assim como não é igualmente possível a dicotomia corpo e mente.

A dimensão terapêutica tem papel tão ou mais estratégico que o sistema de diagnose. A recuperação da saúde da pessoa ou a expansão de sua vitalidade se dá por uma percepção dinâmica e interativa com o sujeito em tratamento, não apenas modificando ou reorganizando a ordem vital do sujeito, como sendo muitas vezes o próprio médico e suas tecnologias leves⁸ modificados no processo de tratamento.

⁸ Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A tecnologia leve se refere às tecnologias de relações, como a produção de vínculo e o acolhimento. A tecnologia leve-dura diz respeito aos saberes estruturados, como as teorias. A tecnologia dura é referente ao uso de recursos materiais.

As técnicas terapêuticas na MTC são usadas para estimular o organismo a seguir sua própria tendência natural em produzir um novo estado harmônico. As doenças ou desarmonias são tratadas sob a forma de um processo em curso com a utilização de um conjunto de práticas terapêuticas escolhidos de acordo com o padrão individual de adoecimento do paciente naquele dado momento.

Entre as práticas terapêuticas desta racionalidade a mais conhecida e utilizada no ocidente é a acupuntura, em chinês diz-se "*zhenjiu*", podendo ser traduzido como "agulhar e aquecer (com moxa) demoradamente". Tal significado não é contemplado integralmente pelo termo acupuntura - "perfuração por agulhas". O princípio de atuação da acupuntura é reconfigurar a vitalidade, utilizando-se das propriedades de locais específicos dos meridianos ou canais: os pontos de acupuntura ou cavidades. As propriedades podem ser de regulação local, ou seja, da área proximal ao ponto agulhado; de regulação distal, ou seja, ao longo do canal ou meridiano do ponto agulhado; ou ainda, de regulação sistêmica, atuando em todo o organismo ao utilizar-se dos processos associativos daquele ponto, segundo as cinco fases ou cinco elementos. Na China, a Acupuntura é mais utilizada nos processos de adoecimento mais superficiais e agudos ou nas afecções dos canais, onde há necessidade de intervenção imediata, o que não seria possível com a Dietoterapia ou a Farmacopéia.

A Dietoterapia consiste em manter e recuperar a saúde através da alimentação, baseando-se na qualidade de estímulo ao *Qi* proveniente de cada alimento. Os alimentos são classificados de acordo com seu sabor em associação com as cinco fases ou cinco elementos - sabor ácido associado ao elemento Madeira, sabor amargo ao elemento Fogo, doce ao elemento Terra, sabor picante ao elemento Metal e, por fim, o sabor salgado associado ao elemento Água - e de acordo com os "Quatro Princípios" de produção de movimentação ou fluxo de *Qi* em ascensão, emergência, descida ou imersão. Os alimentos são então utilizados enquanto tratamento segundo as "Oito Regras" terapêuticas - provocar sudorese,

vômito, purgação, regularização, aquecimento, purificação, suplementação ou dispersão.

A Farmacopéia ou terapia medicamentosa utiliza-se da combinação dos mais diversos ingredientes vegetais, animais e minerais com fórmulas magistrais na forma de chás, sopas ou pílulas. A propriedade dos compostos de um fármaco é definida de modo semelhante à definição das propriedades terapêuticas dos alimentos, ou seja, de acordo com seu sabor, relacionando-os aos cinco elementos ou cinco fases; de acordo com sua natureza *Yin-Yang* - quente, morno, neutro, fresco, frio e conforme sua capacidade de movimentação do *Qi* segundo os "Quatro Princípios". A aplicação terapêutica dos fármacos também é determinada por meio das "Oito Regras" terapêuticas.

Além destes três recursos terapêuticos descritos anteriormente, a MTC utiliza ainda as massagens, podendo incluir práticas de transmissão de *Qi* e exercícios terapêuticos de cultivo e circulação da força vital. São selecionados tipos de manobras e conjuntos de pontos ou cavidades a serem ativados. De maneira geral, é mais indicada para doenças que acometem os *Zang Fu* e os canais, bem como em casos de torções e deslocamentos das vértebras. As massagens terapêuticas chinesas não têm compromisso com o relaxamento. Os exercícios terapêuticos consistem em movimentar o *Qi* através do movimento interligado de respiração, meditação e posturas corporais. Como exemplos pode-se citar alguns estilos de arte marcial e exercícios de *Qi Gong*, dentre os quais destacam-se: *Lian Gong*, *Ba Duan Jing* e a loga Taoísta.

Segundo Luz, D. (2012), há uma tendência na atualidade em subdividir as terapêuticas em especialidades praticadas isoladamente: Acupuntura, Massagem, Farmacopeia, Dietoterapia e Exercícios Terapêuticos. Tal isolamento, segundo o autor, deve-se em parte à tentativa de experimentação científica de resultados de cada terapêutica. Porém, em sua cultura de origem, era comum que duas ou mais modalidades fossem associadas.

長養聖胎圖

夫性命既造化矣則於父母性命而自然養出一點性命如在母
 腹而為我之性命也夫既為我之性命矣則又自然於我之性命
 中而還我於無而為我之太虛也夫既為我之太虛矣則又自然於我
 之虛空中再造乾坤而為我之真性命也夫既為我之真性命矣
 則又自然於我真性命中露出端倪而為我本來之元神也

小小房兒
 歲舍利些
 些芥子納
 須弥途來
 硬箇無生
 體後去知
 果有所歸



圓覺經偈曰金剛藏當知如來寂滅性未嘗有終始若以輪迴心思
 惟即旋復但至輪迴際不能入佛海譬如銷金鑲金非銷故有維
 復本來金終以銷成就一成真金不復重為鑲蓋金鑄非金也銷之而
 復成金者以有金之性也種性非佛也鍊之而後成佛者以有佛之性也

II.) (IM)POSSÍVEIS INVENÇÕES DE COMPOSIÇÕES

*Porque os remédios normais
nem sempre amenizam a pressão.*

(A Feira, O Rappa)

As demandas em saúde na contemporaneidade são complexas, híbridas, intensas, caóticas, radicalmente imprevisíveis. Insistem em escapar das certezas e regularidades biocientíficas. Não se trata de negar, recusar ou contrapor os conhecimentos biocientíficos, mas de perceber que a vida atual nos propõe um "outro corpo". É o *corpo em processo que pede passagem, o corpo como cruzamento de múltiplos fatores, vivendo em múltiplas fases* (ARAGON, 2007, p.45) de encontros e estranhamentos.

Mas como participar de um encontro clínico que permita romper com o instituído e dar passagem aos fluxos plenos de sentimentos e sofrimentos, sem querer esgotá-los em uma ou algumas poucas consultas que devem durar poucos minutos? sem capturá-los por "palavras-tampão"⁹? sem dilacerá-los e perdê-los em múltiplas especialidades e sub-especialidades? sem substituir o escutar, tocar, cheirar, ver e sentir pelo escaneamento tecnológico do corpo por uma infinidade de exames? sem hierarquizar a relação em: "eu sou o sujeito que cuida, você é o objeto do cuidado"? (ARAGON, 2007)

Todo e qualquer encontro é complexo, desde que nos mantenhamos abertos à trama de fluxos - visíveis e invisíveis - que atravessam os meios, os tempos e os

⁹ "Palavras-tampão", têm seu conceito derivado de solução-tampão - um preparado químico com a finalidade de evitar que o pH do meio sofra variações quando for adicionado um ácido forte ou uma base forte. Representam aqui aquelas expressões generalizantes utilizadas pelos médicos com frequência durante uma consulta, traduzindo as questões de vida e adoecimento singulares ao paciente para queixas comuns do cotidiano do profissional. Estas expressões, as palavras-tampão, já trazem previamente acopladas a si suas respectivas prescrições-padrão.

sujeitos que se encontram. Desde que nos mantenhamos disponíveis e sensíveis às possibilidades intensivas e intempestivas geradas em um processo de encontro envolvendo individualidades, mas também fluindo para além delas - como um corpo em processo - não como um corpo com objetividades já forma(ta)das. Tornar a clínica mais intensa e sensível a profusão de planos de necessidades em saúde não catalogáveis que pedem passagem na contemporaneidade é um desafio de inventar cuidados em saúde com fluidez, de maneira imanente, rizomática¹⁰ e em coletivo, já que a invenção não pode se efetivar na *estrutura que permanece rígida sobre o império da norma* (FRANCO, 2013, p.228).

É da perspectiva de quem transita pela racionalidade médica ocidental e que, recentemente, espia, toca, encosta na racionalidade médica chinesa que fui desenhando um certo olhar, um certo questionamento, uma certa andança à procura de um outro fazer clínico, chegando à construção da questão norteadora desta proposta de dissertação de mestrado: é possível inventar composições entre estas duas racionalidades?

Estas racionalidades médicas não partilham um paradigma comum, isto é, cada qual apresenta diferentes *lógicas de compreensão, interpretação e invenção face ao processo biológico e sociocultural de saúde e adoecimento* (LUZ, 2012b, p. 33). A racionalidade médica chinesa, assim como as racionalidades médicas antroposófica, ayurvédica e a homeopatia, comungam o paradigma vitalista, o qual, conforme visto no capítulo anterior, entende que *existe em cada indivíduo um princípio vital, simultaneamente distinto da alma pensante e das propriedades físico-químicas do corpo, que governa os fenômenos da vida* (LALANDE, 1993, p. 1224 *apud* NASCIMENTO, 2012, p. 348). O paradigma vitalista insere-se em uma

¹⁰ Os sistemas em "rizoma", termo tomado de empréstimo da botânica, aqui definem sistemas que, ao contrário dos diagramas arborescentes que procedem por hierarquias progressivas, podem derivar infinitamente e estabelecer conexões transversais sem que se possa centrá-los ou cercá-los. Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo (DELEUZE;GUATTARI, 1996, p.21 *apud* FRANCO, 2006, p.461)

complexa concepção simbólica e analógica da vida, pressupondo que as emoções, os sentimentos, o arbítrio, a vontade, o pensamento se expressam de maneira singular na relação dinâmica entre o indivíduo e a natureza, caracterizando desta forma o holismo como sua cosmologia. No paradigma vitalista o foco é o indivíduo em seu processo de desarmonia e o objetivo é reestabelecer um ritmo de vida harmônico ou ainda ou expandir sua vitalidade.

A racionalidade médica ocidental desenvolve-se em um paradigma biomecânico, tendo como base orientadora (ou sua cosmologia) a física clássica e a visão dualista do ser humano (corpo/alma) de Descartes. Segundo Camargo Jr. (2012), a medicina ocidental é delineada por uma visão analítico-mecanicista-generalizante. Portanto, está vinculada a *uma racionalidade científica antiga, ainda da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados a posteriori em seus "mecanismos" originais* (CAMARGO JR., 2012, p. 54), como um "corpo-máquina" dirigido pela mente. Também é voltada a produção de discursos de caráter generalizante, ou seja, propõem modelos de aplicação geral que tem como pontos centrais a estabilidade e a previsibilidade. Na dimensão de doutrina médica, a biomedicina tem a doença - a patologia - como uma entidade (CAMARGO JR., 1995). Estar doente é ser portador de uma patologia identificável pelos métodos diagnósticos, causada por um agente externo - como infecção por vírus ou bactérias - ou por alteração genética, sendo as causas também identificáveis pelos métodos diagnósticos. O que escapa à esta categoria de doença pode ser definido enquanto um "distúrbio funcional", relacionado a etiologias genéticas ou a maus hábitos de vida, sendo campo de intervenção de terapêuticas que previnam a evolução deste distúrbio no sentido de instaurar-se a categoria de doença (LUZ, 2012c).

Diversos autores tem apontado para alguns destes aspectos constitutivos do paradigma biomecânico como aspectos demonstrativos de possível crise na medicina ocidental contemporânea. Um dos aspectos seria os limites da diagnose

na medicina ocidental, tanto em sua incapacidade em interpretar uma grande parte dos sintomas - ditos como "subjetivos" ou "psicossomáticos"¹¹ - (SANTOS, 2000; CAPRARA, 2004; TESSER, 2009) como também ao considerar sua dependência - técnica, social e política - de exames complementares (ROLAND, 2012). Outro aspecto a ser considerado são os limites terapêuticos, visto as possibilidades terapêuticas pobres em diversidade - basicamente intervenções farmacológicas ou cirúrgicas - e, por vezes, restritas ao controle das doenças ou dos sintomas (TESSER, 2009). Exatamente pela combinação das duas limitações anteriores, tem-se um outro aspecto que pode ser considerado como colaborador da crise: o elevado número de casos de iatrogenia¹² (STARFIELD, 2000; TESSER, 2009); Há ainda uma insatisfação difusa com a abordagem biomédica na qual a relação médico-paciente tem se mostrado frágil e, por vezes, desarmoniosa e na qual há dificuldades no desenvolvimento de um cuidado pautado na integralidade, visto o processo de intensa especialização e super-especialização na prática biomédica.¹³

A respeito desta crise contemporânea da dimensão relacional médico-paciente, Tesser (2009) traz algumas considerações sobre o que chamou de "má medicina" - *um grupo de fenômenos individuais e coletivos referentes à comum desarmonia, insatisfação e frustração no encontro médico-paciente vividos pelos*

¹¹ Sintomas subjetivos ou psicossomáticos são as queixas sem causa orgânica verificável e mensurável, ou seja, sem identificação de uma de lesão causal, mesmo que em nível molecular. Estes sintomas raramente estão presentes em ensaios clínicos e são, por vezes, desqualificados, menosprezados ou até mesmo taxados como inverídicos. São dificilmente controlados com medicamentos ou outros recursos da medicina ocidental moderna.

¹² A palavra iatrogenia deriva do grego, sendo o radical "iatros" referente a médico, medicina ou remédio; "geno", origem, aquele que gera, produz e "ia", referente a qualidade. Portanto, poderia ser entendida como qualquer atitude médica, porém, é mais comumente relacionada a um dano, material ou psíquico, causado ao paciente pelo médico ou outro profissional de saúde. (MICHAELIS, 2009, s.p.)

¹³ Cabe pontuar aqui a Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade médica da racionalidade médica ocidental que traz entre seus princípios a relação médico-pessoa (termo que a própria especialidade utiliza em substituição ao termo tradicional relação médico-paciente) como um aspecto essencial à sua prática profissional. A MFC é considerada a especialidade médica preferencial a compor a equipe de Atenção Básica no SUS. (LOPES, 2012)

doentes (TESSER, 2009, p.273). Avança nestas considerações ao superar a atribuição destes fenômenos como consequência única de uma má prática profissional, entendendo-a como associada a um complexo híbrido entre os próprios fundamentos teórico-científicos da biomedicina e seus aspectos contextuais sócio-históricos.

Considerando tais fundamentos e aspectos contextuais, Luz (2012b), fez uma caracterização histórico-cultural de mudanças na racionalidade médica ocidental que tiveram o caráter de crises ao longo de sua trajetória. A este conjunto de mudanças deu o nome de "tripla cisão". A tendência à separação entre a ciência das doenças e a arte de curar, na medicina ocidental, vem desde os séculos V a II a.C. quando aconteceu uma expansão cultural importante, a qual se apresentou no campo da medicina com o aprofundamento da definição de doenças, o desenvolvimento de sistemas classificatórios para as mesmas e a ampliação e priorização da busca por explicações causais para os fenômenos de adoecimento. Tal cisão ficou mais evidente entre o fim do renascimento e o início do classicismo moderno, nos séculos XVI e XVII, período em que o conhecimento sobre as patologias tornou-se superior ao conhecimento prático proveniente da "arte de curar" e produzido imaterialmente na relação com o paciente. Foi neste período que se estruturaram as disciplinas básicas da medicina ocidental - anatomia, fisiologia e patologia. A medicina ocidental estava então estabelecida como a "ciência das doenças", isto é, *uma forma sistemática de classificar doenças, síndromes, sintomas, e de buscar uma explicação causal para a origem destes fenômenos* (LUZ, 2000, p.190).

Seguiu-se um processo de ascensão da ciência como forma socialmente legítima de produção do conhecimento, em detrimento do que vem da arte, do cotidiano, das experiências pessoais e comuns. Demarca-se então uma segunda cisão, localizada mais especificamente no pensamento médico, quando a dimensão da diagnose - relacionada a ampliação, estruturação e aprofundamento do

conhecimento sobre a chamada “história natural da doença” - prevalece à dimensão terapêutica - relacionada ao “pacto social pela cura”. Neste momento emplacou um certo projeto epistemológico da medicina a partir do século XVII: produzir conhecimento sobre doenças. Para tal produção de conhecimento, a doença passou a ser isolada em ambientes propícios ao seu estudo: os hospitais. *Familiares, objetos, lugares, memórias sensoriais não eram mais importantes para a determinação da patologia e, menos ainda, para o ataque às suas bases anatomo-patológicas* (ARAGON, 2007, p.23). Foi neste cenário que o hospital obteve a chancela de centro de desenvolvimento do conhecimento da ciência médica anatomo-clínica, transformando-se, no século XX, em principal instituição validada para a produção de pesquisas e ensino no campo da medicina.

Mesmo com a prevalência da diagnose, o combate à morte - especialmente a morte de grupos populacionais específicos - seguiu tendo caráter central na prática médica e impulsionou o desenvolvimento de pesquisas em busca de maior eficácia terapêutica, fornecendo a base para o desenvolvimento da indústria farmacêutica. Desenvolveu-se uma nova valoração para o corpo, passando a ser estudado, invadido, experimentado, fragmentado e testado com o objetivo maior de compor minuciosamente a história da evolução da doença para sistematicamente identificá-la e combatê-la com terapêutica medicamentosa de alta eficácia. Deste modo, a “teoria das doenças” associada a experimentos terapêuticos desenvolvidos em pessoas doentes constituíram o *embrião da clínica contemporânea no século XVIII, o ovo de onde nascerá, no século XIX, a medicina ocidental como a conhecemos até os dias de hoje* (FOUCAULT, 1978 apud LUZ, 2012b, p.37).

A terceira, mais recente e ainda contemporânea cisão na racionalidade médica ocidental se passa exatamente no agir clínico, com foco na fragilização da unidade relacional terapêutica médico-paciente que pode ser relacionada com o *progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente e pela interposição (maciça) das tecnologias “frias”*(LUZ, 2000, p.193) - instrumentais

diagnósticas e intervencionistas cirúrgicas ou farmacológicas. Esta tripla cisão pode ser interpretada com uma das explicações sócio-antropológicas plausíveis para o florescimento de outras racionalidades médicas e práticas terapêuticas integrativas no ocidente. Cada vez mais profissionais de saúde indicam práticas complementares e integrativas e também procuram aprendê-las para ampliar suas possibilidades de ofertas, especialmente enquanto incremento de habilidades diagnósticas e terapêuticas.

Em meados do século XX, verificava-se uma tendência da medicina ocidental em incluir a acupuntura como uma oferta terapêutica, marcando uma expansão desta técnica terapêutica significativamente maior do que uma expansão da racionalidade médica chinesa (ROLAND, 2012). Em 1995 a acupuntura foi reconhecida enquanto especialidade médica pela Resolução 28/1995 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e este mesmo órgão em 2008 expediu a Resolução 11/2008 que pondera sobre a interlocução entre a medicina chinesa e a medicina oriental e define a não obrigatoriedade do médico acupunturista em aderir à filosofia da medicina chinesa, embora reconheça que seja conveniente conhecê-la.

Segundo Luz (2012b), em serviços de saúde brasileiros, a acupuntura é exercida predominantemente sob a lógica do tratamento da medicina ocidental, organizada em "sessões de acupuntura", geralmente em número pré-definido e em uma lógica produtivista. Deste modo, mesmo que algumas vezes os terapeutas utilizem-se da lógica vitalista em suas práticas, estas, em geral, são voltadas a situações patológicas específicas - especialmente as doenças que atingem o sistema músculo-esquelético ou os quadros crônicos com predominância de componentes emocionais - associadas a um dado momento ou a um aspecto limitado do paciente. É possível, então, constatar que a medicina ocidental segue hegemônica, ditando normas e procedimentos e, a partir de um lugar socialmente confortável, *tem aceitado a contribuição de outros conhecimentos, ainda que estes devam*

passar pelo crivo do seu modelo – protocolos de pesquisa científica (ROLAND, 2012, p.9)

As práticas hegemônicas, por definição, remetem ao discurso do colonizador opondo-se a um discurso de minoria (ou minoritário)¹⁴. E assim, não parece haver fragilidade na condição de hegemonia da racionalidade médica ocidental, senão, a partir de um olhar mais sensível aos processos minoritários, que desvela uma condição não mais universal desta racionalidade nos territórios do cuidado em saúde. Produzir outras inferências e outras criações conceituais no campo do cuidado em saúde pode mobilizar o exercício da clínica num sentido de deslocamento rumo à instauração de um novo plano, pois em deslocamentos onde o meio mistura-se, onde e quando se perde a noção de começo ou fim, é que as variedades ampliam seu volume com maiores graus de liberdade.

É neste sentido que se desenha a temática deste meu processo de produção desta dissertação: ocupar-me com as relações, especialmente com as composições (im)possíveis, entre a racionalidade médica ocidental hegemônica e a racionalidade médica chinesa. Mais do que marcar as dualidades, oposições ou semelhanças o objeto de interesse é a composição. Investigar quais combinações são feitas e buscar compreender como são feitas. Neste momento de maneira despretenciosa quanto a análise dos resultados de tais composições ou de proposição de outras ou “melhores” combinações possíveis. Reservo-me ainda a possibilidade de aventurar-

¹⁴ *O que define então uma minoria não é o número, são as relações interiores ao número. Uma minoria pode ser numerosa ou mesmo infinita; do mesmo modo uma maioria. O que as distingue é que a relação interior ao número constitui no caso de uma maioria um conjunto, finito ou infinito, mas sempre numerável, enquanto que a minoria se define como conjunto não numerável, qualquer que seja o número de seus elementos. O que caracteriza o inumerável não é nem o conjunto nem os elementos; é antes a conexão, o "e", que se produz entre os elementos, entre os conjuntos, e que não pertence a qualquer dos dois, que lhes escapa e constitui uma linha de fuga. Ora, a axiomática só manipula conjuntos numeráveis, mesmo que infinitos, enquanto as minorias constituem esses conjuntos "leves" não numeráveis, não axiomatizáveis, em suma, essas "massas", essas multiplicidades de fuga ou de fluxo. (DELEUZE, 1997, p.173)*

me a inferir sobre as possibilidades destas composições acionarem a diferença¹⁵, a criação, a invenção.

O objetivo geral nesta pesquisa foi analisar a prática da acupuntura no contexto clínico contemporâneo de intersecção entre da medicina ocidental e a MTC em serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A partir deste objetivo geral desenhei como um dos objetivos específicos a verificação, nos encontros clínicos, da presença e aplicabilidade das dimensões da racionalidade médica chinesa. A hipótese explícita nesta questão é que tais dimensões não são incorporadas à prática clínica cotidiana de médicos ocidentais com formação em MTC. Outros objetivos específicos foram observar o uso da acupuntura como componente do plano terapêutico, especialmente a forma, a relevância e a finalidade com que ela é proposta pelo médico acupunturista e inferir se a prática da acupuntura, enquanto recurso terapêutico de uma racionalidade médica vitalista e holista, traz possibilidades de construir uma prática clínica que difere do paradigma biomecânico. A hipótese implícita nesta suposição é que, no contexto clínico considerado, a acupuntura é utilizada majoritariamente sob as normas das biociências e o como recurso terapêutico mantenedor das práticas hegemônicas de tratamento biomédico.

Considerando os objetivos deste estudo e as hipóteses anteriormente apresentadas, optei por desenvolver a pesquisa em dois serviços que se propõem a desenvolver uma prática clínica que reconhece em outra racionalidade médica, neste caso na MTC, uma possibilidade para um cuidado integral, diferindo dos métodos diagnósticos e da finalidade terapêutica tradicionais da racionalidade biomédica. Optei por não considerar outros dois locais no SUS onde também se

¹⁵ "A diferença não é o diverso. O diverso é dado. Mas a diferença é aquilo pelo qual o dado é dado. (...). Todo o fenômeno remete para uma desigualdade que o condiciona. Toda a diversidade e toda a mudança remetem para uma diferença que é a sua razão suficiente. Tudo o que se passa e aparece é correlativo de ordens de diferenças: *diferença de nível*, de temperatura, de pressão, de tensão, de potencial, *diferença de intensidade*." (DELEUZE, 2006, p.313)

pode encontrar a prática de acupuntura - a Atenção Básica e os ambulatórios hospitalares de controle da dor. Na Atenção Básica, mesmo com o amparo da PNPIC, a prática da acupuntura mostra-se bastante dependente da formação individual em MTC / acupuntura do médico atuante na Unidade Básica de Saúde, bem como de sua escolha pessoal por uma forma específica de atuação clínica. Nos ambulatórios hospitalares, em geral, não há uma diretriz específica de exercício de outra racionalidade médica, pelo contrário, são locais onde a prática da acupuntura é conhecidamente orientada pelos diagnósticos da medicina ocidental - especialmente síndromes dolorosas - e por princípios de ação neurofisiológicos biomédicos, mantendo o paradigma biomecânico na dimensão terapêutica.

陽 蹻 脈



III.) ABORDAGEM METODOLÓGICA: PISTAS E PERCURSOS

*O procedimento é apenas a condição,
por mais indispensável que seja.*

(Gilles Deleuze)

Os objetivos expostos anteriormente foram alcançados mediante um delineamento qualitativo, garantindo um avançar na compreensão sobre composições (im)possíveis entre as racionalidades médicas ocidental hegemônica e tradicional chinesa nos encontros clínicos que acontecem em serviços da rede de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade do Recife, os quais ofertam a acupuntura como prática terapêutica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa em um estudo empírico analítico cuja abordagem metodológica utilizada é o estudo de caso. Segundo Stake (2000), o estudo de caso é uma modalidade de investigação em que predominam questões sobre relações complexas, problemáticas e situadas em um dado contexto previamente determinado. Para este autor, um caso é um sistema delimitado, embora não se deva ignorar a influência de diferentes aspectos como o contexto físico, social, cultural, histórico, político e econômico em que determinado caso está inserido. De forma semelhante, Yin (1984) afirma que a estratégia do estudo de caso é geralmente usada quando as questões de interesse do estudo referem-se *ao como e ao porquê; quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos; e quando o foco se dirige a um fenômeno contemporâneo em um contexto natural* (ALVES-MAZZOTTI, 2006, p.643). Usando um critério mais geral, uma investigação caracteriza-se como um estudo de caso se *surge do desejo*

de compreender fenômenos sociais complexos e retém as características significativas e holísticas de eventos da vida real (YIN, 1984, p.14).

Ao considerar as complexas relações entre as diversas racionalidades médicas - especificamente, neste estudo, entre a medicina ocidental e a MTC - que experimentam associações de continuidade, complementaridade, oposições, rupturas e composições é possível afirmar que há neste campo da saúde coletiva uma dada problemática referente aos processos de negociação entre estes diferentes sistemas médicos, dotados de paradigmas diferentes, frente aos processos universais de adoecimento e cura. É exatamente sobre tais “processos de negociação” que está o interesse desta pesquisa: sobre como eles são e sobre como eles acontecem nos serviços previamente escolhidos como campo de pesquisa.

III.I.) Identificação dos ambientes para a realização do estudo empírico

Em um estudo de caso qualitativo é importante que existam critérios previamente definidos para a identificação ou seleção do caso a ser estudado, *este deve ser uma uma situação complexa e/ou intrigante, cuja relevância justifique o esforço de compreensão (ALVES-MAZZOTTI, 2006, p.650).* Tomou-se como ‘caso’ as ofertas de acupuntura como prática de cuidado nos serviços do SUS na cidade do Recife/PE, de acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde e com a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) da SMS do Recife. Justifico a escolha destes serviços como campo de pesquisa pela relevância que apresentam no cenário nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), sendo uma das cinco experiências municipais do Brasil levadas ao 1o Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Brasília/DF em maio de 2008 com destaque por ser

um dos exemplos de inserção em políticas sociais mais amplas, envolvendo atenção básica, participação social, democratização da gestão e reorganização dos sistemas assistenciais e gerenciais, remontando ao início da década. Também por ser forte a preocupação com a capacitação de profissionais da rede de serviços e também de cuidadores e da população em geral, sobre a necessidade de incorporação das práticas de cuidados integrais no enfrentamento das doenças comuns. Traz ainda, como aspecto distintivo, as variadas parcerias institucionais, por exemplo, com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) (BRASIL, 2009, p. 41).

A cidade do Recife conta com duas unidades voltadas especificamente para o cuidado em saúde por meio das práticas integrativas: a Unidade de Cuidados Integrativos à Saúde (UCIS) Guilherme Abath e o Centro Integrado de Saúde (CIS). Merece destaque histórico e político, a UCIS Guilherme Abath - uma das primeiras unidades de práticas integrativas e complementares em saúde no país, visto que

antes mesmo da PNPIC, no ano de 2004, o município do Recife, por meio de uma iniciativa pioneira na região nordeste, estreava uma política cujo objetivo geral era que as atividades no município deveriam ser desenvolvidas para proporcionar práticas complementares de promoção à saúde na perspectiva da visão integral do ser humano e do cuidado com o corpo na saúde e na doença (SANTOS, 2010, p.16).

Esta unidade tem em Maria Bernadete de Cerqueira Antunes - médica sanitária, hoje, docente da UPE e, na época da inauguração da UCIS, diretora do Distrito Sanitário II - a figura que, impulsionada pela percepção clínica da inexistência de uma única fórmula terapêutica capaz de tratar uma doença em diferentes pessoas, foi a idealizadora de um projeto que evidenciava a necessidade no SUS da oferta, tanto para os usuários quanto para os profissionais, de várias racionalidades médicas e práticas diagnósticas e terapêuticas para a produção de abordagens integrais de cuidado em saúde. Em torno desta idéia inicial agruparam-se outras pessoas da gestão municipal, especialistas em outras racionalidades médicas e práticas integrativas e representantes das sociedades médicas locais de acupuntura e homeopatia com o objetivo de produzir o projeto de viabilização de

uma unidade de saúde capaz de contemplar três eixos: formação dos trabalhadores da rede em Práticas Integrativas em Saúde e campo de estágio para graduandos, especializando e residentes do campo da saúde; assistência à população adscrita e aos trabalhadores da rede de atenção à saúde do município, com enfoque nas práticas terapêuticas coletivas de promoção e educação em saúde; e por fim, o eixo de produção de conhecimentos através da realização de pesquisas em parceria com as instituições de ensino, especialmente a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a Universidade de Pernambuco (UPE). Este projeto já vislumbrava diretrizes para a organização de uma rede de cuidados integrativos na cidade, idealizando uma UCIS para cada Distrito Sanitário desta e sua íntima relação com a Atenção Básica, especialmente com as Unidades de Saúde da Família.

Segundo a fala de Maria Bernadete no seminário 'As Práticas Integrativas no SUS Recife: 11 anos fazendo história'¹⁶, as principais dificuldades enfrentadas no processo de invenção e implementação da UCIS Guilherme Abath estavam relacionadas à dificuldade de definição de quais práticas seriam ofertadas; a questionamentos de como garantir legitimidade institucional às práticas não regulamentadas; à dificuldade de seleção de profissionais com formações diversas por diferentes instituições, por vezes informais; a dificuldade de valorar um ou outro tipo de formação em uma dada racionalidade médica não-hegemônica ou em uma dada prática integrativa; e a questionamentos de como contratar tais profissionais.

¹⁶ Este seminário fez parte das atividades de educação permanente e educação em saúde realizadas mensalmente no CIS e abertas à comunidade acadêmica, aos trabalhadores e gestores da rede de atenção a saúde do município e aos usuários. Aconteceu no dia 14 de dezembro de 2015 com o objetivo de realizar um resgate histórico e político do itinerário de desenvolvimento institucional das Práticas Integrativas na rede de saúde da cidade do Recife. Este seminário também foi marcado por anunciar a criação da 'Rede SUS de praticantes integrativos em saúde' uma rede não-institucional - composta por usuários, profissionais de saúde, militantes, instituições interessadas, estudantes, professores e movimentos sociais - que visa o fortalecimento das Práticas Integrativas no SUS do Recife, diante de um desfavorável cenário atual de clara não expansão da PMPIC com uma problemática ampla que envolve a baixa cobertura e o difícil acesso aos cuidados integrativos em saúde; os vínculos trabalhistas precários, gerando carência de gestores para esta política, bem como de trabalhadores para as atividades assistenciais e alta instabilidade e vulnerabilidade do vínculo dos profissionais em atividade; o financiamento insuficiente, gerando dificuldades de manutenção da estrutura física e carência de insumos.

Cabe apontar que, exceto pela criação do cargo de médico acupunturista e médico homeopata e a realização de concursos de modo a manter tais vagas preenchidas - o que considera-se um grande avanço se comparado ao cenário nacional - as dificuldades e fragilidades de manutenção destes serviços seguem, nos dias atuais, sendo bastante semelhantes.

A UCIS Guilherme Abath é considerada pela gestão municipal como um componente estratégico da PMPIC, visto que seu projeto de implementação tem como objetivos institucionais: funcionar como referência técnica para esta política e para a rede de serviços de saúde; contribuir para a construção e qualificação de fluxos assistenciais orientados pelo princípio da integralidade e garantir a singularidade dos processos de cuidado individuais e coletivos; oferecer retaguarda assistencial especializada para a rede de serviços na área de PICS; propiciar espaços de divulgação e discussão sobre tais práticas integrativas; desenvolver protocolos assistenciais e, por fim, albergar projetos de pesquisa sobre as PICS em parceria com instituições de ensino e pesquisa.

A gestão da UCIS é compartilhada entre um gerente administrativo e um gerente do processo de trabalho e planos terapêuticos. O serviço funciona durante os dias da semana com o objetivo geral de apoiar processos de socialização e manutenção da saúde de usuários e trabalhadores da rede de saúde dos Distritos Sanitários I, II e III. A unidade oferta tratamentos da MTC, como a acupuntura, o Tai

Chi Chuan¹⁷, o Zu Yen Su¹⁸ e o Lian Gong¹⁹; atendimentos em Homeopatia; atendimentos com nutricionistas; além de práticas corporais ou terapias integrativas como a bioenergética, auriculoterapia, yoga, dança e percussão, arteterapia, técnicas meditativas, entre outras²⁰. O acesso a estas práticas se dá por encaminhamento de qualquer unidade assistencial do SUS ou por livre procura. Os pacientes iniciais passam por um primeiro atendimento, realizado por qualquer um dos profissionais da UCIS e com o objetivo de construir juntos uma programação de quais atendimentos individuais ou práticas coletivas farão parte de seu projeto

¹⁷ Arte marcial chinesa com a mesma base cosmológica da MTC. Seus movimentos tem íntima relação com aspectos da natureza, especialmente com os princípios de interação entre os Cinco Elementos. Tem como três princípios básicos: vencer o movimento através da quietude; vencer a dureza através da suavidade; vencer o rápido através do lento.

¹⁸ Técnica criada pelo médico da MTC, Dr. Hu Yao Zhen, mestre de Qi Gong (prática de cultivo do Qi) e transmitida, no Brasil, pela sua filha Hu Yue Xien durante o Seminário de Qi Gong realizado no Centro de Educação em Saúde do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) em São Paulo em agosto de 1998. Trata-se de um encadeamento muito simples de exercícios, que devem ser praticados pela manhã, com a finalidade de permitir que o Yang Qi do nosso corpo desperte de forma plena a cada manhã, juntamente com o despertar da natureza, beneficiando principalmente o rosto, os órgãos dos sentidos e a proteção de nosso corpo.

¹⁹ É uma série de exercícios elaborados pelo médico/ortopedista chinês, Dr Zhuan Yuan Ming, e introduzidos no Brasil pela professora Maria Lucia Lee em 1987. O Lian gong em 18 terapias apresenta exercícios de fácil execução, e são realizados com o acompanhamento de uma musica instrumental chinesa que orienta a sua execução. É dividido em três partes. A primeira parte ou 18 terapias anterior tem como objetivo prevenir e tratar dores no corpo e restaurar a sua movimentação natural. Trabalha o eixo do corpo: Pescoço-Ombro-Coluna-Pernas. Embora os exercícios proporcionem uma movimentação global, cada série de exercícios focaliza determinadas articulações e grupos musculares. A segunda parte ou 18 terapias posterior tem como objetivo prevenir e tratar dores nas articulações, tenossinovites e disfunções dos órgãos internos. A terceira parte ou 18 terapias de continuação também denominada de I Qi Gong tem como objetivo prevenir e tratar as doenças das vias respiratórias.

²⁰ A oferta de práticas integrativas no serviço depende da relação entre as demandas da comunidade atendida e a disponibilidade de profissionais para desenvolvê-la na unidade. Sendo assim, é possível que alguma das práticas citadas nesta descrição não sejam mais ofertada na unidade, bem como outras novas práticas podem estar disponíveis neste momento.

terapêutico²¹ dentro do serviço. Há também oferta de oficinas envolvendo a temática de alguma das práticas corporais ou terapêuticas. Estas são abertas para o público em geral, para as quais a procura é espontânea, não sendo necessários encaminhamentos de outros serviços.

A segunda unidade de cuidados integrativos da cidade - o Centro Integrativo de Saúde (CIS) - foi inaugurada em 2013, tendo como estrutura física um antigo centro de treinamento da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) construído em um terreno da UFPE, tal estrutura foi cedida por esta universidade para a viabilização do CIS. Esta unidade se constituiu enquanto uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde - que ficou responsável pelas práticas de assistência à saúde - , a Pró-Reitoria de Extensão da UFPE - com seus docentes e acadêmicos compondo grupos de pesquisa e extensão sobre PICS - e grupos culturais comunitários que ocupam a mesma sede. Assim, o CIS funciona como unidade de referência em Práticas Integrativas, preferencialmente aos usuários e trabalhadores de saúde dos Distritos Sanitários IV, V e VI; como Programa de Extensão da UFPE e como Núcleo Comunitário de Cultura, Comunicação e Saúde.

Como unidade de referência em Práticas Integrativas do SUS, dispõe de quatro tipos de atendimento, são eles: grupos de prática como grupos de terapia comunitária, aromaterapia, bioenergética, biodança, dança circular, constelação familiar, yoga e, dentro das terapêuticas da MTC, grupos de Tai Chi Chuan e Lian Gong; terapias individuais como osteopatia, terapia crânio-sacral, consultas nutricionais voltadas à orientação para alimentação saudável, acupuntura, atendimento em floral, consultas com psicólogos; programas terapêuticos nos quais a inclusão do usuário se dá por uma queixa ou quadro específico, garantido uma

²¹ Projeto terapêutico aqui entendido como um projeto de cuidado em saúde centrado nas necessidades do usuário e contextualizado com suas histórias pessoais de vida, suas necessidades e desejos, suas atividades cotidianas de estudo, trabalho, lazer e seus itinerários terapêuticos prévios, ou seja, o modo como vivencia seu processo de adoecimento e cura e também como se deu a relação com tratamentos de saúde propostos anteriormente, como foram avaliados, experimentados, modificados, aceitos ou abandonados.

ação mais potente sobre determinada situação ou sofrimento pontuais, como os programas 'Saúde da coluna', 'Saúde da voz', 'Saúde do sono', 'Arteterapia para problemas ligados à obesidade', 'Programa de aromaterapia para fumantes'; por fim os cursos que são oferecidos gratuitamente para a comunidade em geral e tem por bases a educação e a promoção em saúde em busca e compartilhar técnicas e saberes que possibilitem hábitos de vida saudáveis. Estes cursos são normalmente de curta duração e compostos por aulas teóricas e oficinas práticas e vivenciais, como por exemplo os cursos sobre uso racional de plantas medicinais e introdução a permacultura urbana; sobre alimentação saudável; sobre alimentação viva e sobre técnicas de concentração ²². Assim como na UCIS Guilherme Abath, o acesso ao CIS é possível por procura direta ou encaminhamento de outro serviço de saúde da rede e o usuário também tem seu primeiro atendimento como um acolhimento no qual, após escuta qualificada, produz em conjunto com o profissional que lhe atendeu um projeto terapêutico inicial com a composição de práticas ofertadas pela unidade das quais participará. Esta unidade de referência em Práticas Integrativas também deve ter gestão compartilhada entre gerência administrativa e gerência de processos de trabalho e planos terapêuticos.

Como um dos programas de extensão da UFPE, foram desenvolvidos no CIS desde sua inauguração diversos projetos, entre eles: Projeto "Muda" de educação em saúde para adolescentes; Laboratório de Mídias Autônomas (LAMA); Cine Engenho – escola de cinema para crianças; biblioteca comunitária; grupo de pesquisa e extensão em PICS; Projeto Cinco Estrelas cuja temática de trabalho é a saúde ambiental. E, finalmente, como Núcleo de Cultura, Comunicação e Saúde, abre espaço para apoio a iniciativas comunitárias, ampliando a oferta de serviços e fortalecendo a identidade e o vínculo das comunidades próximas à unidade - Roda

²² A oferta de práticas integrativas no serviço depende da relação entre as demandas da comunidade atendida e disponibilidade de profissionais para desenvolvê-la na unidade. Sendo assim, é possível que alguma das práticas citadas nesta descrição não sejam mais ofertada na unidade, bem como outras novas práticas podem estar disponíveis neste momento.

de Fogo, Sítio das Palmeiras e Engenho do Meio. Algumas das iniciativas comunitárias que já aconteceram ou seguem ativas no CIS são: Arrecirco - escola de circo; Grupo de adolescentes educadores em saúde de Sítio das Palmeiras; Grupo de idosos educadores em saúde de Sítio das Palmeiras; Grupo de mulheres educadoras em saúde do Engenho do Meio; Yoga; Terapia comunitária; Jiu-jitsu; Dança de rua; Capoeira; Alfabetização de adultos.

Também compõem este grupo de serviços da SMS da cidade do Recife o Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) - um dispositivo singular no país que foi implementado entre 2010 e 2011 tendo como base de organização e fonte de financiamento os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). É composto por profissionais de saúde (Médicos; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional; Arte Educador entre outros) que desenvolvem apoio matricial²³ em Práticas Integrativas aos profissionais das equipes de Atenção Básica, *experimentando ferramentas como a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, os atendimentos compartilhados e as formações de atividades em grupo por meio do modelo da clínica ampliada e compartilhada* (LINS, NUNES e AROUCHA, 2014, p. 166). Tais profissionais devem ter formação e conhecimento a cerca de alguma das racionalidades médicas diferentes da medicina ocidental ou de práticas de cuidado integrativas e complementares, afim de ofertá-las aos usuários e aos profissionais de saúde das equipes da Atenção Básica que apoiam. Tais práticas podem ser realizadas como atividades coletivas ou individuais em locais públicos dos territórios adscritos às Unidades Básicas de Saúde que recebem o apoio matricial ou mesmo dentro da estrutura destas unidades.

²³ O conceito de apoio matricial foi proposto por Campos (1996) dentro de uma linha de pesquisa voltada para a reformulação das organizações e do trabalho em saúde. *O apoio matricial sugere modificações entre as relações dos níveis hierárquicos em sistemas de saúde; nesse caso, o especialista integra-se organicamente a várias equipes que necessitam do seu trabalho especializado. Além da retaguarda assistencial, objetiva-se produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões* (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.399).

Considerando esta descrição do campo escolhido, é possível percebê-lo como representativo da complexa problemática referente a intersecção de diferentes racionalidades médicas na contemporaneidade, tanto na prática dos profissionais quanto na composição de um mosaico próprio de cuidados que o usuário naturalmente compõe para si. É perceptível também a singularidade de serviços que ofertam uma ampla diversidade de PICS em uma mesma unidade e que estão, além de comprometidos com a assistência, também comprometidos com a formação continuada dos profissionais da rede, com a educação permanente dos profissionais que atuam com as PICS e com a formação acadêmica; com a produção de conhecimentos através da pesquisa e extensão e o com fortalecimento do controle social, dada a participação ativa dos usuários nos encontros clínicos, nas atividades educativas e nos encontros de discussão de processos de gestão locais. Percebe-se ainda o NAPI enquanto um serviço original, ou seja, único no território nacional enquanto equipe de apoio matricial em PICS.

III.II.) Procedimentos de campo

As atividades de pesquisa em campo contaram com os seguintes procedimentos de investigação:

III.II.I.) Observação presencial dos encontros clínicos

Foi priorizado o acompanhamento de encontros clínicos entre médicos com formação em MTC/acupuntura - uma médica acupunturista, no CIS; uma médica acupunturista e com formação em aromaterapia, no NAPI; um médico de família e comunidade com formação em MTC/acupuntura e na técnica meditativa Mindfulness (traduzida no Brasil como "Atenção Plena"), no CIS - e os usuários destes serviços. Tal acompanhamento foi realizado presencialmente no período de

novembro de 2015 a janeiro de 2016 por aproximadamente uma semana em cada um destes meses. Tal observação teve como diretrizes de conduta a não interferência ativa no atendimento, ou seja, não realizar perguntas diretas aos usuários ou aos profissionais durante o período da consulta, não comentar o conteúdo das consultas ou mesmo o comportamento dos envolvidos no encontro clínico e não interferir no raciocínio diagnóstico ou mesmo na composição do plano terapêutico.

Um dos focos de observação foi verificar se são identificáveis, ao longo de um encontro clínico, as dimensões práticas da racionalidade médica chinesa (doutrina médica, morfologia humana, dinâmica vital, sistema diagnóstico e sistema terapêutico) a fim de inferir se é produzida uma composição entre a racionalidade médica chinesa e a medicina ocidental ao analisar os três componentes que caracterizam qualquer racionalidade médica: a atividade (*práxis*), a arte de curar doentes (*techne*) e um conhecimento sobre a doenças (*gnose*)²⁴. Ou, se o oposto se dá, com a percepção de um encontro clínico representativo de uma consulta médica que segue as normas aprendidas na propedêutica do curso médico hegemônico.

O outro foco foi a identificação da finalidade pretendida pelo médico ao utilizar a acupuntura enquanto recurso terapêutico e também observar a forma como esta terapêutica foi proposta ao usuário. Este foco de observação está relacionado com os outros objetivos específicos da pesquisa: observar o uso da acupuntura como componente do plano terapêutico, especialmente a forma, a

²⁴ *A diagnose e a terapêutica funcionam como um operador prático do sistema médico, isto é, como materialização técnica (techne) dos conteúdos teóricos ou simbólicos das cinco dimensões, principalmente da própria diagnose e da terapêutica. Neste sentido, essas duas dimensões "põem em prática" as medicinas como "arte de curar", enquanto as outras (morfologia, dinâmica vital e doutrina) definem os sistemas médicos como "ciência", isto é, como saber teórico, racionalmente estruturado através de conjuntos organizados de sentidos atribuídos ~a vida e ~a morte, e seus estados intermediários, buscando não apenas uma explicação ou interpretação para esses estados, como também meios empíricos de intervenção (normas, procedimentos, artefatos terapêuticos) para impedir ou retardar a passagem de um polo a outro (LUZ, 2012c, p.219).*

relevância e a finalidade com que esta terapêutica é proposta pelo médico e, posteriormente, arriscar uma inferência sobre a possibilidade da prática da acupuntura, enquanto recurso terapêutico de uma racionalidade médica vitalista, constituir-se como uma prática terapêutica diferente dos tratamentos propostos dentro do paradigma biomecânico.

Foram observados encontros clínicos iniciais, ou seja, o primeiro encontro entre o médico acupunturista e o usuário. Estes encontros foram sempre individuais e duraram em torno de uma hora durante a qual uma minuciosa anamnese foi realizada, seguida pelo exame físico do paciente com a avaliação de possíveis exames complementares que o mesmo tenha trazido consigo (exames laboratoriais ou exames de imagem como radiografias, ultrassonografias, tomografias, entre outros), seguia-se a elaboração de uma hipótese diagnóstica e finalizava-se com a pactuação de um plano terapêutico entre os atores do encontro clínico e também com a realização da primeira sessão de agulhamento. Também foram observados alguns encontros clínicos subsequentes, ou seja, de acompanhamento e seguimento do plano terapêutico pactuado no encontro inicial. Estes aconteciam em intervalos semanais e o tempo de duração do encontro foi reduzido, sendo basicamente utilizado para fazer uma rápida checagem da evolução da condição de doença ou desarmonia em tratamento, verificação de aparecimento de outros sinais ou sintomas e realização da acupuntura. A escolha dos pontos de agulhamento no geral foi repetida ao longo das consultas subsequentes, sofrendo pequenas variações quando havia a modificação significativa de algum sintoma ou a presença de algum sintoma agudo no momento do encontro clínico. Nos serviços acompanhados não havia uma pré-determinação do número de encontros subsequentes, esta temporalidade era pactuada entre o profissional e o usuário, bem como a pactuação do término de um tratamento. Dependendo do espaço físico do ambiente as sessões de acupuntura foram realizadas em mais de um usuário ao mesmo tempo, os quais ficaram, em geral, separados por biombos ou

em consultórios próximos de modo que, enquanto um já estava com as agulhas, o acupunturista realizava o agulhamento em outro.

Além das consultas que culminavam com a prática terapêutica da acupuntura, duas outras modalidades de encontros clínicos entre o médico acupunturista e usuários foram observadas: encontros de acolhimento e encontros de medicina integrativa. O encontro de acolhimento, conforme descrito anteriormente, é o primeiro contato do usuário com o serviço e pode ser realizado por qualquer profissional do serviço. Este encontro também teve a duração de aproximadamente uma hora e foi inicialmente baseado na escuta interessada do profissional pela narrativa a cerca dos processos de adoecimento ou desarmonia do usuário. Neste encontro, via de regra, não foi realizado um exame físico completo ou análise sistemática de exames complementares, sendo que, por vezes, técnicas de diagnose da racionalidade médica chinesa foram utilizadas, como o exame da língua e a tomada do pulso, as quais possibilitaram a complementação ou confirmação de uma hipótese diagnóstica levantada pelo médico a partir da escuta e observação da compleição física do usuário. Estes encontros clínicos foram finalizados com a pactuação de um plano terapêutico produzido por uma composição singular de práticas ofertadas no serviço, sendo que raramente o usuário participava de apenas uma prática. Este plano poderia ser repactuado a qualquer momento e também poderia ser discutido, em reuniões de equipe semanais, entre os diversos profissionais responsáveis pelas práticas que o compunha.

Os encontros clínicos de medicina integrativa foram voltados para os chamados casos complexos, ou seja, aqueles usuários que apresentavam diversos ou graves padrões de desarmonia e cujo plano terapêutico previamente definido não vinha atuando de modo eficaz como apoio na produção de relações de cura. Foram consultas densas e longas que, em geral, duraram em torno de uma hora e meia, tendo uma conformação estrutural semelhante a de um encontro clínico de

acolhimento, porém com maior aprofundamento no processo de entendimento das patologias ou síndromes de desarmonia e na composição inventiva de um outro plano terapêutico. Foram programados encontros subsequentes entre o médico acupunturista e o usuário com o objetivo de produzir um cuidado longitudinal e continuado. No CIS, estes encontros clínicos fazem parte do campo de prática de residentes em Medicina de Família e Comunidade da UFPE.

De forma complementar foram acompanhados outros encontros clínicos de acolhimento, além de encontros clínicos com a prática da acupuntura enquanto recurso terapêutico por outros dois acupunturistas, um deles com formação em fisioterapia e outro em educação física. Esses encontros clínicos puderam ser acompanhados tanto na UCIS Guilherme Abath como no CIS. Auxiliando na compreensão do campo de pesquisa, foram observadas ainda, as reuniões de equipe semanais, algumas práticas coletivas como o grupo técnicas meditativas - Mindfulness, e houve participação no seminário 'As Práticas Integrativas no SUS Recife: 11 anos fazendo história' e nas festividades de Carnaval no CIS.

O registro descritivo minucioso destas observações dos encontros clínicos foram realizados em um diário de campo manuscrito em momento imediatamente posterior às mesmas. Não foram realizadas quaisquer anotações durante o acompanhamento presencial dos encontros clínicos de modo a evitar maiores perturbações da realidade observada ou limitar minha atenção ao observá-la. Nos momentos seguintes a cada uma das três imersões no campo, o conteúdo dos registros foram avaliados e sistematizados segundo os objetivos da pesquisa. De posse dessas informações iniciais, foi construído um questionário semi-estruturado com o objetivo de ampliar as informações por meio de entrevistas.

III.II.II.) Entrevista semi-estruturada

Dada a complexidade do tema, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os médicos acupunturistas com o objetivo de contribuir com a descrição dos encontros clínicos. Este procedimento de pesquisa permitiu a descrição a partir de experiências pessoais, complementando minhas impressões e possibilitando ainda o florescimento de outras impressões.

Duas entrevistas foram realizadas à distância tendo as respostas gravadas com o consentimento dos profissionais e uma destas entrevistas foi realizada presencialmente. O roteiro da entrevista foi elaborado sem divisão formal entre as questões e as entrevistas tiveram curso livre, sendo que, por vezes, os entrevistados transitaram entre as questões em suas respostas. Destarte a realização das entrevistas semi-estruturadas seguiu em consonância com a definição de Yin (2010) de que as entrevistas são conversas guiadas, não investigações estruturadas. Em outras palavras, *embora seja observada uma linha de investigação consistente, a verdadeira corrente de questões, na entrevista de estudo de caso será, provavelmente, fluida, não rígida* (YIN, 2010, p.133)

As questões que serviram de base para a entrevista semi-estruturada foram as seguintes:

- (1) Como descreverias um encontro clínico teu? - como pergunta-guia para a descrição de como cada médico acupunturista utiliza as dimensões das racionalidades médicas ocidental e chinesa ao longo do encontro clínico (na anamnese, no exame físico, na definição diagnóstica e na proposição da terapêutica) e também se o mesmo percebe a prevalência de alguma das racionalidades.
- (2) Acha possível compor as dimensões de diferentes racionalidades médicas nos encontros clínicos do serviço onde trabalha? - como pergunta-guia para avaliar a percepção de pontos favoráveis e pontos que dificultam o desenvolvimento de

possíveis composições e também esclarecer se utiliza outras racionalidades médicas além das duas que estão em foco nesta pesquisa.

- (3) O que destacaria enquanto processos diferenciados de tua prática clínica possibilitados por tua formação em outra racionalidade médica? - como pergunta-guia para a descrição do que cada um entende como positivo ou como potência em sua prática clínica e que foi possibilitado por ter estudado ou conhecido uma outra racionalidade médica diferente da ocidental hegemônica.

Cabe destacar que os dois procedimentos descritos anteriormente tiveram sua realização favorecida tanto pela imediata manifestação de interesse por parte dos gestores e profissionais em que a pesquisa fosse realizada em seus ambientes de trabalho (fato que facilitou a circulação pelos serviços) tanto pelos usuários que não se opuseram à observação.

III.III.) Coleta e análise de dados

A observação proporcionou oportunidades de acesso a informações que não seriam acessíveis de outra maneira, tais como: falas espontâneas, atitudes, comportamentos, gestos, hábitos, discursos, manifestações de vínculo e afetividade. O processo de coleta dos dados se deu através de registros escritos, desenhos, quadros ou fluxogramas descritivos da realidade percebida e de registros complementares em fotografias e vídeos agrupados em um caderno de campo.

Os dados foram analisados segundo uma categorização inicial dividida em três eixos: (1) racionalidade médica chinesa, (2) racionalidade médica ocidental e (3) possibilidades de composições. A análise foi então ampliada e aprofundada ao ser entrelaçada com um olhar para as três perspectivas que, de acordo com Luz (2012), formam uma base comum às racionalidades médicas, independente de seu paradigma: a *práxis* (atividade prática clínica); a *gnose* (conhecimento sobre as

doenças) e a *techne* (práticas terapêuticas relacionadas à arte da cura). Tais perspectivas não possuem divisões rigidamente demarcadas entre si, considerando que a arte de curar doentes (*techne*) e o conhecimento ou ciência de doenças (*gnose*) - então arte e ciência - estão sintetizados em uma prática médica (*práxis*). Desta forma estas perspectivas serviram de margens²⁵ para as análises, guardando amplas dimensões de intersecção ou imbricamento entre elas. Assim, a análise delicada destes dados - segundo estes eixos entrelaçados a estas perspectivas - permitiu relacioná-los entre si e também com o objeto e os objetivos da pesquisa, servindo estes de balizas²⁶ para a interpretação dos dados.

Estas análises foram realizadas em momentos posteriores a cada uma das imersões no campo de pesquisa e possibilitaram interpretações e inferências progressivamente mais aprofundadas e nítidas sobre o objeto de pesquisa. Os resultados de um momento de imersão foram fundamentais na implementação da pesquisa dos próximos, sendo assim, as análises e as inferências provenientes do término da fase de observação foram fundamentais para a construção das questões do segundo instrumento de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada com os médicos acupunturistas do serviço. Os conteúdos das entrevistas semi-estruturadas foram analisados segundo as mesmas escolhas éticas e estéticas descritas para a análise dos dados provenientes da observação dos encontros clínicos de modo a complementá-los.

Seguiram-se então múltiplos movimentos de olhar, recortar, pespontar, desmontar, remontar e perscrutar as produções provenientes deste exercício de pesquisa que acabaram por impulsionar o exercício da escrita. Escrita da escrita:

²⁵ Usa-se aqui a noção "derridiana" de margens, que parece trazer esse tom inclusivo de relações que atravessam e adicionam. Para Derrida (1991), a margem, diferente da marca, não tem limites precisos: comporta-se como extravasamento, como espaço impreciso em que uma face penetra na outra.

²⁶ Usa-se aqui o significado de baliza realmente como marcador mais fixo, indicador de uma passagem com limites mais demarcados por onde optei prudentemente por transitar ao longo da produção de uma pesquisa com limites definidos e bastante restritos de tempo.

uma escrita sobre o processo da escrita, sobre o movimento que se (re)(des)faz a cada palavra, a cada frase, nas pausas e silêncios que expressam o silenciamento da palavra ou do próprio autor à sua procura (ZANELLA, 2013, p.113)

III.IV.) Aspectos éticos

Esta pesquisa trouxe a proposta de acompanhar os encontros clínicos, sem qualquer intervenção ativa de fala, questionamentos ou propostas que alterem ativamente os processos de anamnese, exame físico, prática da acupuntura ou outras práticas terapêuticas e prescrições. Esta pesquisa não envolveu avaliações de eficácia, eficiência, efetividade ou segurança do uso de uma prática terapêutica. Considerou-se como critério de exclusão da pesquisa não ter condições clínicas ou legais para participar da pesquisa. A pesquisa foi desenvolvida com orçamento próprio da pesquisadora. Considerou-se como possível gerador de desconforto ao usuário e também ao médico acupunturista a presença do pesquisador na cena. Esta presença pode provocar alterações no comportamento e atitudes tanto do profissional médico quanto do usuário envolvidos no encontro clínico. Na tentativa de minimizar tais riscos aos usuários e médicos acupunturistas lançou-se mão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e se expressou claramente aos voluntários participantes o seu direito e autonomia a retirar-se da pesquisa em qualquer momento.

Foram observados os procedimentos acerca da ética em pesquisa com seres humanos previstos na Resolução no 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi encaminhado para a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da mesma instituição e, neste momento, encontra-se em apreciação ética para aprovação. Enquanto pesquisadora, recebi anuência formal da Divisão de Educação na Saúde da SMS de Recife, para a realização desta pesquisa no CIS, na

UCIS Guilherme Abath e no NAPI. Após a aprovação, o Parecer do Comitê de Ética será enviado aos demais centros da pesquisa. Os resultados a serem divulgados manterão o sigilo acerca da identificação dos sujeitos da pesquisa. Todas as transcrições dos materiais de entrevistas e as descrições dos encontros clínicos acompanhados serão mantidas pela pesquisadora pelo período de 5 anos após a conclusão da pesquisa, conforme preconizado na Resolução CNS 466/12. O artigo referente a esta dissertação será publicado mediante a finalização da apreciação ética e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

醫 聖 張 仲 景



(OU "ISTO E AQUILO É BOM")

MAS "ISTO COM AQUILO" É MUITO MELHOR)

IV.) DISCUSSÃO E RESULTADOS (OU “ISTO E AQUILO É BOM” MAS “ISTO COM AQUILO” É MUITO MELHOR)

*Debulhar o trigo
Recolher cada bago do trigo
Forjar do trigo o milagre do pão
E se fartar de pão
Decepar a cana
Recolher a garapa da cana
Roubar da cana a doçura do mel
Se lambuzar de mel
Afagar a terra
Conhecer os desejos da terra
Cio da terra, a propícia estação
de fecundar o chão*

(Chico Buarque de Hollanda e Milton Nascimento)

Ao experimentar o observar dos encontros clínicos, percebi que estava dotada de um olhar-estrangeiro - na condição daquele que não é do local - o qual me possibilitava ver aquilo que a familiaridade costuma cegar e ao mesmo tempo me colocava em armadilhas dos meus próprios “pontos-cegos” produzidos pelas certezas que trazia comigo. Segui, a cada imersão no campo de pesquisa, provocando meu olhar na tentativa de manter a intenção em *dilatar suas possibilidades, confrontar a rigidez do músculo ocular, esgarçar a abertura enrijecida que seleciona luzes, ângulos, dimensões para ampliar as condições de ver, sempre mais e mais* (ZANELLA, 2012, p.172). Ao experimentar o entrevistar sabia que queria dar ao outro-médico uma postura de *escuta que dá a chance ao entrevistado de narrar aquilo que experienciou* (SOUSA, 2012, p.87) com o desafio da escuta do que é inédito. Para escutar, fez-se necessário o exercício de um silêncio ativo, capaz de recolher as informações narradas. Apresento, então, nestas últimas páginas o singelo produto do meu olhar e escutar destes momentos - que foi a todo o momento um olhar/escutar para o outro, para mim e também para o entorno - com

o desejo de que eles possam compor o caleidoscópio de tantos outros olhares/escutares já produzidos sobre as racionalidades médicas e as práticas integrativas em saúde.

Dentre os encontros clínicos observados, não houve sequer um que foi operado apenas pela MTC ou somente pela medicina ocidental. Entre estas duas abordagens possíveis, verificou-se uma variação de múltiplas gradações definida pelos processos de negociação entre estas racionalidades médicas a cada encontro clínico. Não houve uma pureza que possibilitasse categorizações delimitadas, houve composição entre as duas racionalidades médicas e até, por vezes, um encostar em outros sistemas médicos complexos como a antroposofia e a homeopatia. Esta composição pôde ser percebida, em diferentes intensidades, nas três perspectivas propostas e que formam uma base que, como dito anteriormente, é comum a todas as racionalidades médicas. Na *práxis* (atividade prática clínica) foi perceptível: uma ampliação da contemplação da compleição física do usuário; o desenvolvimento de uma anamnese com o interrogatório composto por questionamentos típicos de cada uma das duas racionalidades médicas; uma composição do exame físico com o acréscimo de alguma técnica de diagnose da MTC às técnicas da medicina ocidental, sendo que o exame da língua esteve mais presente do que a tomada do pulso e o registro no prontuário também de modo a compor ambas as racionalidades refletindo bem a estrutura híbrida dos encontros clínicos. Na perspectiva da *gnose* (conhecimento sobre as doenças) foi perceptível o cuidado e respeito com condições clínicas correspondentes a diagnósticos - pela medicina ocidental - de doenças de maior gravidade. Tais patologias eram reconhecidas pelos médicos, porém estes não se debruçavam em tratá-las e, costumeiramente, encaminhavam o paciente para avaliações e tratamentos especializados a serem realizados de maneira concomitante ao acompanhamento no serviço. A maioria dos usuários já chegava ao primeiro encontro clínico com o médico acupunturista com algum ou alguns diagnósticos definidos pela medicina ocidental, e assim foi perceptível o acréscimo de conhecimento sobre o processo de adoecimento do

usuário ao se somar os olhares sobre os padrões de desarmonia. Alguns destes manifestavam-se claramente e a escolha de pontos de acupuntura para o seu tratamento era logo determinada, porém outros eram de difícil percepção e nestes casos a escolha dos pontos de acupuntura era mais determinada pelos sintomas ou por protocolos com conjunto de pontos pré-definidos voltados para o tratamento de doenças a partir de seu diagnóstico pela medicina ocidental. Em relação à *techne* (práticas terapêuticas relacionadas à arte da cura), há clara predominância das terapêuticas da MTC, com a prática majoritária da acupuntura e, em alguns encontros clínicos, foi possível acompanhar a utilização de auriculopuntura e uso das ventosas. Ainda para compor o plano terapêutico, por vezes, eram propostos outros recursos terapêuticos da MTC disponíveis nos serviços tais como Tai Chi Chuan, Lian Gong e Zu Yen Su ou mesmo outras práticas integrativas não necessariamente sistematizadas como pertencentes a uma ou a outra dada racionalidade médica mas que, na avaliação do médico, ampliariam as possibilidades de cuidado do usuário, de acordo com o padrão de desarmonia que manifestava. Cabe destacar na *techne* o seu caráter multiprofissional, visto que o usuário pode ter acesso aos diversos profissionais e o contato com diversas práticas terapêuticas bem como os profissionais têm garantido institucionalmente espaços permanentes de encontros para a discussão conjunta dos planos terapêuticos dos pacientes que acompanham.

Com a intenção de melhor partilhar com o leitor as variadas composições possíveis entre as racionalidades médicas chinesa e ocidental percebidas na observação dos encontros clínicos e nas entrevistas com os médicos acupunturistas foram desenvolvidas três cenas-imagens. Mais do que estereótipos ou meras representações identitárias, estas ilustram intensidades possíveis entre os movimentos de composições e decomposições que envolvem os encontros clínicos para além das individualidades dos médicos ou dos usuários observados:

IV.I) Cena-imagem 1: um retrato falado²⁷

Um encontro clínico que, como na composição de um retrato falado, começava confuso e parecido “com todo mundo” ou com uma “pessoa qualquer”, dando a impressão inicial de que acompanhava uma daquelas tão comentadas consultas nas quais a acupuntura pode ser confundida como mais uma especialidade ou terapêutica biomédica, sem contribuir para a ampliação dos significados dos adoecimentos e das modalidades de cuidado.

Seguindo, no entanto, a produção do tal retrato, a cada novo traço passava-se a perceber uma característica mais específica aqui, uma cicatriz ali, uma pinta acolá. Assim como passava-se a ouvir uma pergunta sobre se sente mais calor ou frio, se quando tem sede toma água em pequenos ou em grandes goles, se sente gosto amargo na boca e ainda, no meio de um exame físico clássico na biomedicina, ouvia-se um pedido para que o paciente o deixasse ver sua língua acompanhado de um: “se incomode, não... essa coisa de ver a língua é das coisas lá da medicina chinesa, visse?” Assim como o retrato falado acaba com alguém reconhecível e identificável, era perceptível, ao fim do encontro clínico, uma intensidade de composição entre as dimensões da medicina ocidental e da MTC.

²⁷ Retrato falado é a representação de uma pessoa por meio de uma imagem, segundo a abstrata descrição de seus aspectos físicos gerais, específicos e características distintivas. O principal objetivo de um retrato falado é auxiliar uma investigação policial, diminuindo o universo de suspeitos e apresentando um rosto com características semelhantes às do suspeito procurado.

IV.II.) **Cena-imagem 2: um retrato tipo “As Senhoritas de Avignon”²⁸**

Aquele encontro clínico que, como um retrato ‘tipo mulheres de Picasso’, de tão heteróclito, contrariava qualquer impulso de reconhecer imediatamente ou identificar características específicas de uma ou de outra racionalidade. Assim como a obra de arte, aquele encontro clínico recusava qualquer tentativa de totalização, unificação, identificação. Um e vários, a cada olhar, um rosto diferente.

Ao observar este encontro clínico, estranhá-lo, encontrar-se novamente com outros encontros repletos de composições de diversas racionalidades médicas com ainda outras práticas de cuidado e, então, demorar-se refletindo sobre eles tornou possível perceber que existem dificuldades manifestas nessas produções, envolvendo concepções e paradigmas diferentes no tocante aos significados dos processos de adoecimento e orientações para as práticas terapêuticas. Essas dificuldades, não configuram um problema para o usuário, porém afligem insistentemente os profissionais de saúde, cientistas e intelectuais talvez por remeter a uma mistura clínica que desestabiliza quaisquer lugares e formas padronizadas; inaugurando um agir clínico onde toda e qualquer *techne* precise ser avaliada de acordo com as circunstâncias, com as situações, tendo, como critério, valores que não amesquinhem ou desprezem a vida.

²⁸ *As Senhoritas de Avignon* é uma das composições mais famosas de Picasso, principalmente por mostrar uma maneira diferente de retratar a realidade. É também uma das mais conhecidas obras do século XX. Ela incomodou os colegas de Picasso e os críticos, porque o artista fez desmoronar toda a tradição pictórica ocidental, reinventando a maneira de pintar. Abriu mão da luz e da atmosfera em troca da clareza da forma, assim como banuiu tudo que era irreal, indefinido ou vago. (WIKIPEDIA, 2016, s.p.)

IV.III.) **Cena-imagem 3: um desenho caligráfico chinês ou um haikai²⁹**

Um outro encontro clínico que se mostrava silencioso e amplamente focado em uma observação atenta que, assim como um desenho caligráfico que se faz com traços simples ou como um haikai que se faz com poucas e palavras, tem as intervenções minimalistas e suficientes como sua arte originária oriental.

Dilatando um tanto o olhar é possível perceber uma esforço no agir clínico que revela a transmutação do pensar/ver/ouvir/sentir do encontro clínico a projetar possibilidades sutis - éticas e estéticas outras - para as próprias vidas partícipes daquele encontro. Minimalistas militantes de uma clínica da simplicidade.

Ao considerar um encontro clínico, como uma situação clínica capaz de acolher *os mundos que se abrem como efeitos da presença dos partícipes da situação e os recursos teóricos e práticos de que dispõem esses mesmos partícipes* (ORLANDI, 2007, p.11), inaugura-se a possibilidade de trazer para dentro de uma situação clínica um debruçar-se sobre o outro no sentido de compreendê-lo como pessoa; um momento da anamnese reservado para a descrição livre do usuário sobre seus itinerários terapêuticos anteriores, podendo compartilhar com o médico a valoração que atribuiu às suas vivências de adoecimento e ainda podendo descrever quais as tecnologias de tratamento e de produção de cura tem acionado. Observar encontros clínicos que se desenrolaram desta forma, revelou algumas diferenças na *práxis*, ou seja, na prática clínica desenvolvida pelo médico, como por exemplo: a realização de consultas de duração mais longas, como os encontros clínicos iniciais que duram em torno de uma hora ou os encontros de medicina integrativa que duram em torno de uma hora e meia, diferentes das consultas médicas - da atenção básica ou especializada - dos demais serviços de assistência à saúde no SUS que duram, via de regra, vinte minutos; disposição a uma escuta

²⁹ Poema lírico japonês, surgido no século XVI, ainda presente nos dias de hoje, com temas da natureza e a sua influência na alma do poeta, composto de três versos com cinco, sete e cinco sílabas métricas. (MICHAELIS, 2009, s.p.)

aguçada e interessada que, em alguns dos encontros, iniciou-se com o seguinte questionamento: “Como você é como pessoa? Diga...”; assunção de uma postura ética em relação à alteridade durante a escuta de um certo itinerário terapêutico, evitando o risco de interpretações apressadas do sofrimento do/no outro e que justamente por isso, poderiam estar carregadas de seus valores pessoais, culturais e estéticos; e por fim, a percepção da disponibilidade do médico ao encontro com o ‘outro-usuário’ o que se aproxima com a *práxis* da Medicina Chinesa Clássica em que o médico deveria experimentar um certo grau de “desenvolvimento interno” e de refinamento de suas habilidades e conhecimentos ao longo do exercício de suas práticas de diagnóstico, expansão da vitalidade e cura.

Trazer para dentro do encontro clínico a narrativa, pelo usuário, de seus itinerários terapêuticos, amplia um tanto mais a perspectiva da *gnose* já hibridizada pelas dimensões diagnósticas das racionalidades médicas ocidental e chinesa. Esta composição aproxima-se do esquema proposto por Kleinman (1978) - ainda o mais aceito e utilizado atualmente - no qual o autor propõe um *modelo explicativo*³⁰ sobre a experiência da doença vivenciada em três subsistemas diferentes: profissional (composto pela medicina científica e pelos sistemas médicos complexos do paradigma vitalista - chinês, ayurvédico, antroposófico ou homeopático), *folk* (composto por curandeiros, rezadeiras, benzedeadas ou outros) e popular (que diz respeito ao campo leigo, no qual estão localizados a automedicação, a ajuda de amigos e familiares, a assistência mútua e comunitária entre outros).

Fez-se perceptível ainda o hibridismo da *techne* quando, para além da composição das dimensões terapêuticas das racionalidades médicas, permitiu-se compor com as múltiplas práticas terapêuticas que o próprio usuário montou para si

³⁰ Conceito desenvolvido por Kleinman que pode ser definido como *um conjunto articulado de explicações sobre doença e tratamento, que determina o que se pode considerar como evidência clínica relevante e como se organiza e interpreta esta evidência com base em racionalizações construídas por perspectivas terapêuticas distintas* (ALVES; SOUZA, 1999, p.129).

tal como uma bricolagem³¹. Assim, o acontecimento a demarcar é que, os usuários, de forma amadora (não-profissional), *transitam sincreticamente pelos saberes, práticas, concepções e valores das várias medicinas e técnicas* (TESSER, 2009, p. 1739), sem que tal ação se configure para estes como problema relevante, ao contrário, ao intuitivamente produzir e percorrer um itinerário terapêutico híbrido, desvela uma interessante prática autônoma de auto-cuidado.

O agir clínico, no exato instante em que vê e ouve o outro-usuário e partilha com ele o encontro clínico, posiciona-se um tanto mais longe das opiniões dominantes do senso comum e dos saberes generalistas de tendências homogeneizantes, podendo assim inaugurar uma clínica das práticas integrativas ao assumir uma atitude sincrética, *penetrando no limiar de um novo e integrativo paradigma ou racionalidade em saúde* (LUZ, 2012b, p.46). Essa clínica misturada, composta, híbrida impulsiona à libertação dos modelos totalitários na área da saúde - na assistência, nas pesquisas e produções de conhecimento e na gestão pública para então nos defrontarmos com a produção de um comum³² que as racionalidades médicas e as práticas integrativas nos possibilitam. Como sugere Luz (2012b), talvez exista, em uma clínica das práticas integrativas um outro paradigma para se pensar uma composição das práticas de cuidado com a vida. Trata-se, sem dúvida, de outra filosofia de cuidado, cuja principal virtude, do ponto de vista aqui adotado, é se apresentar *como uma prática de cuidado aliada das estratégias da vida* (TEIXEIRA, 2015, p.38).

³¹ Bricolagem aqui se referindo a uma ação realizada pelo usuário - um tipo de 'não-especialista-colecionador-de-práticas-terapêuticas' - que faz alusão a prática de um *bricoleur*. Substantivo francês utilizado para designar aquelas pessoas que se põem a fazer pequenos reparos mesmo não sendo especialistas da área e, por economia ou entretenimento, saem a consertar, reformar, pintar, ajustar, enfim, *inventar uma forma de fazer aquilo que vem pedindo para ser feito* (MARASCHIN; RANIERE, 2012, p.41) com resultados finais que nem sempre se aproximam de uma estética tradicionalmente convencionada como bela.

³² *Acessar esse plano comum não é apelar para elementos que conferem uma identidade ou unidade(...) O comum é, assim, abertura ao Outro, composição de singularidades, acolhimento à multiplicidade, capacidade de diferir. É alargamento da capacidade de comunicar, de associar, compartilhar, forjar novas conexões e proliferar redes e tem, como condição, a abertura a uma multiplicidade de encontros* (BARROS; PIMENTEL, 2012, p.11-12).

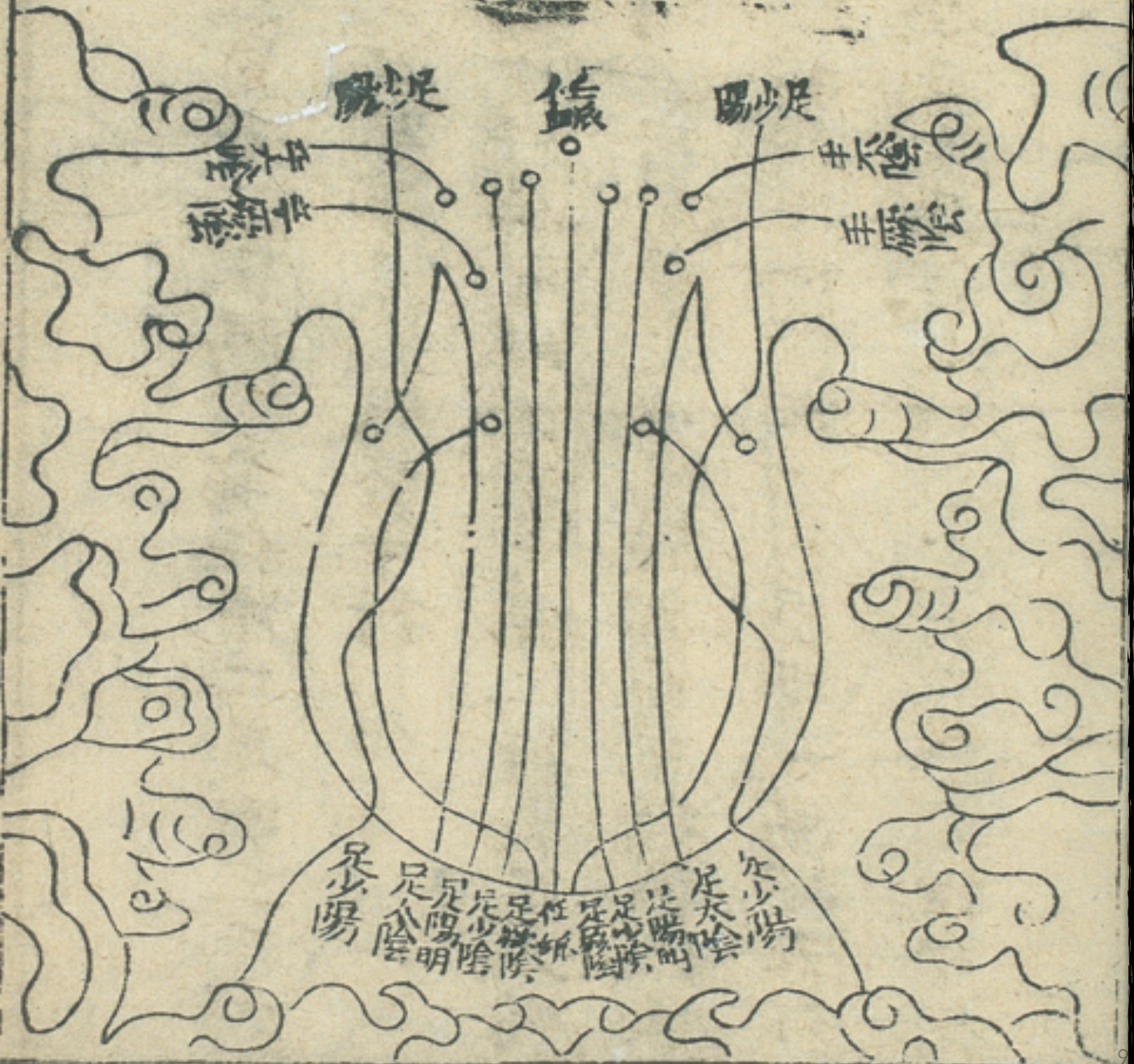
Frente a hipótese de que a acupuntura é utilizada majoritariamente sob as normas das biociências e como recurso terapêutico mantenedor das práticas de tratamento biomédico, insurgem, como minorias, as composições possíveis entre as racionalidades médicas e as práticas integrativas as quais - tecidas como uma rede heterogênea, dispersa, complexa e multidirecional - instauram modos de fazer que privilegiam a tessitura do comum. *Não apenas a simples justaposição assinalada pela conjunção “e”, mas a complexa combinação implicada pela partícula “com”.* *“Isto e aquilo” é bom, mas “isto com aquilo” é ainda melhor* (TADEU, 2002, p.56)

No lugar da rigidez da ciência biomédica e de modelos hegemônicos intolerantes ao que difere de si mesmo, aposta-se, então, no estabelecimento de uma composição de sistemas médicos, com suas múltiplas abordagens da saúde, da doença e do cuidado que, de acordo com Siegel e Barros (2009), configura-se em uma das necessidades mais prementes para o campo da saúde na atualidade. Faz-se necessária uma medicina viva, em consonância com uma atitude contemporânea de pluralidade e sincretismo. Medicina mutante e mutável dinamicamente assim como o Universo (ou pluriverso³³?) em que estamos inseridos e que nos transversaliza continuamente. Medicina que só escapa a qualquer apreensão normatizadora porque se dá no limite dos encontros, nas brechas do sistema e por elas segue escapando com o objetivo maior de relacionar-se com o ser humano sob a ética de respeito a uma alteridade radical. Uma medicina das práticas integrativas de cuidado, não está pronta (no sentido de finalizada), nunca estará. Nem precisamos dela assim: precisamos dela sempre em processo, em movimento de hibridização constante, em equilíbrio dinâmico.

³³ O filósofo italiano Remo Bodei traz o convite à experimentação de um *Pluriverso como proposta de caminho para que possamos sair daquele que cremos ser um universo compacto (uni-versus no sentido etimológico que possui uma única direção)* (BODEI, 2003 apud AMORIM, 2011).

胸腹圖

© A P I T U O



U.) CONSIDERAÇÕES FINAIS: O QUE PODE UMA COMPOSIÇÃO?

*...pois não quereis sentir e seguir
um fio com mão covarde;
e, onde podeis intuir, detestais deduzir.*

(Friedrich Nietzsche)

Na contemporaneidade, olhar para as PICS talvez não seja mais olhar para cada uma delas separadamente, mas aprender a olhar para a composição. Superar as práticas classificatórias, os julgamentos morais frente ao primariamente desconhecido e as valorações comparativas entre uma ou outra racionalidade médica ou ainda entre uma ou outra prática integrativa diagnóstica ou terapêutica. E, assim, dotar-se de uma disposição intelectual em demorar-se na invenção uma outra lente (ou uma caixa cheia delas) capaz de olhar as relações, as conversações, as composições possíveis para uma clínica das práticas integrativas. Com isso, afirma-se uma perspectiva ética e estética que difere de uma atitude reducionista típica da racionalidade médica ocidental: monológica, cultural e politicamente situada no poder dominante (LUZ, 2012b, p.45) e entrelaça-se uma clínica de fato integrativa que tende a exercer-se em outro sentido: faz-se por diferenciação e heterogênesse, ou seja, gerando diferença e não homogeneidade e semelhança.

Esse é um tema delicado, posto que no cotidiano, os sistemas médicos - tradicionais, modernos e pós-modernos - apresentam entre si uma dada interação. Santos (2009) afirma uma persistência da colonização epistêmica que atribui à ciência moderna o monopólio universal da verdade. Segundo Nascimento (2013), existem ainda movimentos de “reificações funcionalistas da tradição” que, ao contraporem-se a racionalidade moderna, propõem um resgate de saberes e experiências considerados tradicionais, como por exemplo o movimento composto por praticantes que militam pelo retorno a Medicina Chinesa Clássica (FRUEHAUF,

1999; 2002a; 2002b apud SOUZA; LUZ, 2011). Cabe lembrar que uma estrutura de colaboração também pode ser uma estrutura de controle. Mas, o que desta vez coloca-se em pauta, e sem dúvida transversaliza todo o caminhar desta pesquisa, diz mais de um fazer diverso e polifônico do que de dualidades e oposições. Talvez o que nos caiba então, no processo de (in)tensionar o delineamento de uma outra clínica seja instaurar uma atitude ética-estética-política que provoque permanentes processos avaliativos desta mesma, sendo este delinear - e conseqüentemente este avaliar - sempre feitos e refeitos com base no que está posto em funcionamento, em produção, em ato.

Assim, dentro destes cenários multidimensionais, esta dissertação talvez tenha, com olhos e ouvidos sensíveis, demonstrado algumas das possibilidades de integralidade no cuidado propiciadas por um processo de composição na assistência à saúde. Autores como Mangia e Muramoto (2008) citam bons exemplos de esforços em busca da transformação dos modos de cuidar e que estão relacionados a processos de composição - de produção de comum - tais como: as mudanças curriculares propostas para todos os profissionais da saúde, as discussões em torno às concepções inovadoras sobre o trabalho em equipe, a constituição das redes de serviços de saúde mental, as novas abordagens necessárias ao desenvolvimento da estratégia de saúde da família, dentre outros. Nesses processos se pode-se perceber potencialmente território profícuo para a promoção de rupturas e inovações na prática da saúde, não sendo certamente estado permanente composto de garantias, mas constituindo interessantes espaços tempos para o acontecimento de apostas de transformações na saúde com vistas à integralidade

Além deste questionamento de "o que pode a composição na assistência?" deixo alguns outros (para finalizar e ao mesmo tempo começar de volta, remetendo a uma urgente circularidade na produção de saberes acadêmicos)...

U.I.) O que pode a composição na ciência e nas pesquisas ?

Diante de um processo hegemônico de cientificização, que transforma as racionalidades médicas vitalistas e as demais práticas integrativas em procedimentos especializados e fragmentados em técnicas isoladas³⁴ a serviço de uma verificação científica que se dá dentro do paradigma analítico e mecânico pode-se apresentar uma outra clínica, cujos analisadores possíveis ainda estão por serem construídos.

O método que propõe segmentar, individualizar, definir, demarcar e aprofundar-se, especializando-se um tanto mais a cada momento em cada uma das pequenas partes não é capaz de produzir conhecimentos sobre uma clínica das composições, onde passa a pouco importar a pergunta sobre a essência das coisas e ganha o foco do interesse exatamente o entremeio, as zonas fronteiriças, a produção de um comum.

Seria possível desrespeitar as especializações acadêmicas para pensar um método capaz de olhar para uma bricolagem como representação de seu objeto de pesquisa?

Assim como em uma bricolagem o que passa a fazer sentido é a composição e o que interessa não são mais as descrições minuciosas e as funções que cada objeto que a compõem tinham antes de se produzirem em composição, o que desperta interesse é como eles se juntaram, se amalgamaram, o que os juntou, o interstício. E depois interessar-se sobre o que pode esta tal composição e depois ainda, pensar em quais outras composições poderiam mais em uma dada situação...

³⁴ (...) características da pesquisa médica e científica clássicas, superada pela física e a filosofia das ciências no início do século XX, mas ainda presente em algumas disciplinas das biociências, sobretudo em especialidades da medicina (LUZ; WENCESLAU, 2012, p.189)

Talvez uma 'outra-ciência' - onde não existam certezas ou saberes inquestionáveis - possa insurgir diante da supremacia científica e do monopólio institucional da verdade adquirido pela ciência hoje hegemônica na saúde

U.II.) O que pode a composição na gestão?

As composições possíveis em uma clínica integrativa e sua produção na rede colocam inexoravelmente em análise a dinâmica político-institucional desta. Para gerir uma "política pública das PICS", ou um serviço onde se experimenta uma clínica das composições, heterogênea e em exercício contínuo de formas de produção do cuidado, em que cada racionalidade médica - bem como as práticas integrativas - , borram as suas fronteiras em zonas de convivência entre si e já não se sustentam enquanto sistemas fechados e bem delimitados, solicita o urgente repensar dos modos de como esta se produz. Talvez então neste cenário, o caminho não seja mais aquele que vai em direção a produção de "gestores-especialistas", a "legislações-protocolos", a "consultorias-coorporativistas", a "seleção-baseada-em-prova-de-títulos" e a "validações-científicas-quantitativas"

Faz necessário um 'outro-gestor', talvez um 'gestor-bricoleur', no sentido de ser um ator que se põe a fazer aquilo que precisa ser feito, no momento em que precisa ser feito, mas de modo a encontrar-se com coletivos de outros gestores, trabalhadores e usuários; sendo inventivo com os insumos materiais e imateriais disponíveis e tendendo a se demorar mais com o meio, com o caminhar, com o processo, do que com o ponto de partida ou com o ponto de chegada.

Desta maneira, talvez, seja possível propor uma forma mais democrática de validar ou legitimar a escolha de uma ou outra prática integrativa para compor um serviço - diferente (sem juízo de valor) da validação político-institucional ou científico-acadêmica - via dispositivos de participação social do SUS, tais como: conselhos ou conferências de saúde. Ou ainda poder desenvolver um processo

seletivo de profissionais-praticantes-integrativos que se concentre em inventar analisadores de sua narrativa de experiências com as práticas integrativas, ressignificando a grade de pontuação de títulos utilizada atualmente. Ou ainda desenvolver planos de trabalho singulares a cada serviços, assim como apoiamos o desenvolvimento de planos terapeuticos singulares na assistência aos usuários. Isso significa, em certa medida, deslocar esta gestão do marco positivista restrito e ingênuo em que comumente se a coloca.

中
國
書
畫



REFERÊNCIAS



AMORIM, Alexandre. Gênero e sexualidade: saber popular, integralidade e produção de saúdes. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes (Orgs.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, p.331-342, 2011.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, v.36, n.129, set./dez. 2006.

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ARAGON, Luis Eduardo Ponciano. **O Impensável na Clínica: virtualidade nos encontros clínicos.** Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; PIMENTEL, Ellen Horato do Carmo. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. **Polis e Psique**, Vol.2, n2, P.3-22, 2012.

BARSTED, Dennis Linhares. **Wu Ji, o Vazio Primordial: a cosmologia daoísta e a medicina chinesa.** Tese (Doutorado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003

BIRCH, Stephen; FELT, Robert. **Entendendo a acupuntura.** São Paulo: Roca, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUARQUE, Chico; NASCIMENTO, Milton. Cio da Terra. In: BUARQUE, Chico; NASCIMENTO, Milton. **Cio da Terra.** Rio de Janeiro: Phillips, 1977.

CANGUILHEM, George. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel. **(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica.** Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990

_____. Racionalidades Médicas: a medicina ocidental contemporânea. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v.7, p.129-150, 1995.

_____. A medicina ocidental contemporânea. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de (Orgs.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p.49-72

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. In: EIBENSCHUTS, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 293-314.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev. 2007.

CAPRARA Andrea; RODRIGUES Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc Saúde Coletiva**, 9:139-46, 2004.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol.5. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, Gilles. **Diferença e Repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DERRIDA, Jacques. **Margens da filosofia**. Campinas: Papirus, 1991.

FERNÁNDEZ, Mercedes Pérez.; GÉRVAS, Juan. La moda dicta centrarse en el paciente, pero es una forma de paternalismo refinado. **Desmicalize-it**, 2015. Disponível em: <<http://www.nogracias.eu/2015/05/04/la-moda-dicta-centrarse-en-el-paciente-pero-es-una-forma-de-paternalismo-refinado/#sthash.nkgUgLBp.dpuf>>. Acessado em: 05.jul.2015.

FRANCO, Tulio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs.). **Gestão Em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p.459-474

FRUEHAUF, Heiner. Science, politics and the making of TCM: Chinese medicine in crisis. **Journal of Chinese Medicine**, Hove, v.6, n.61, p.6-14. 1999.

LINS, Julio Antunes Barreto; NUNES, Jarbas de Goes; AROUCHA, Edylla Barbosa Lins. Um Olhar Trimembrado Sobre a Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. In: BARRETO, Alexandre Franca (Org.) **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: Editora UFPE, 2014. p.155-174.

LOPES, José Mauro Ceratti. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre : Artmed, 2012. 2v.

LUZ, Daniel. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de (Orgs.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p.103-152

LUZ, Madel Terezinha. Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa. **Série Estudos em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1993.

_____. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.) **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000. p.181-200.

_____. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX1. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p.145-176, 2005.

_____. Contribuição do conceito de racionalidade Médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de (Orgs.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012a. p.15-24.

_____. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de (Orgs.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012b. p.25-48.

_____. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de (Orgs.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012c. p.217-247

LUZ, Madel Terezinha.; WENCESLAU, Leandro David. A medicina antroposófica como racionalidade médica. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de (Orgs.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p.185-216.

LES DEMOISELLES D'AVIGNON. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2016. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Les_demoiselles_d%27Avignon&oldid=44646981>. Acesso em: 22 jul. 2016.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tieko. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MARASCHIN, Cleci; RANIERE, Édio. Bricolar. In: FONSECA, Tania Mara Galli Fonseca; NASCIMENTO, Maria Livia do; MARASCHIN, Cleci (Orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2013. p.41-44.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p. 71-112, 1997.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. [online]. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

NASCIMENTO, Marilene Cabral. Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice de (Orgs.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 343-356

NASCIMENTO, Marilene Cabral. Racionalidades Médicas, vinte anos. In: NASCIMENTO, Marilene Cabral; NOGUEIRA, Maria Inês. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde**: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares. São Paulo: Hucitec, 2013. p.21-39.

NOGUEIRA, Maria Ines. **Entre a Conversão e o Ecletismo**: de como médicos brasileiros tornam-se 'chineses'. Tese (Doutorado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. A translação do olhar: da biomedicina à acupuntura. In: CAMARGO JR., Kenneth Rochel; NOGUEIRA, Maria Inês. (Orgs.). **Por uma filosofia empírica da atenção à saúde**: olhares sobre o campo biomédico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/FAPERJ, 2009. p.65-84.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978.

ORLANDI, Luiz B.L. Apresentação: Com que arte buscar o impensável na clínica? In: ARAGON, Luis Eduardo P. **O Impensável na Clínica**: virtualidade nos encontros clínicos. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2007. p.11-14.

PREGADIO, Fabrizio. **Encyclopedia of taoism**. London: Routledge, 2003.

ROLAND, Maria Ines de França. **Fatores associados ao estabelecimento da medicina tradicional chinesa na cidade de São Paulo**. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTOS, Boaventura Sousa. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez Editora. 2000.

_____. **Una epistemología del Sur**. La reinvencción del conocimiento e la emancipación social. Buenos Aires: Siglo XXI-Clacso, 2009.

SANTOS, Francisco de Assis Silva. **Análise da política de práticas integrativas e complementares no Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SIEGEL, Pamela; BARROS, Nelson Filici. Resenha: Origens, influências e aplicações das medicinas asiáticas no mundo globalizado. ALTER, Joseph S. (Ed.). Asian Medicine and Globalization (Encounters with Asia). Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2005. **Physis**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19[2]: 551-557, 2009.

SOUSA, Edson Luiz André. Entrevistar. In: FONSECA, Tania Mara Galli Fonseca; NASCIMENTO, Maria Livia do; MARASCHIN, Cleci (Orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2013. p.87-88

SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de; LUZ, Madel Therezinha. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.155-174, jan/mar 2011.

STAKE. Robert E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 2000. p.435-454.

STARFIELD, Barbara. Is US health really the best in the world? **JAMA**, 2000; 284:483-5.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, supl.1, p.27-43, 2015.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 25(8):1732-1742, ago. 2009.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. Rio de Janeiro: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 13 (1); p.195-206, 2008.

TOMAZ, Tadeu. A arte do encontro e da composição: Spinoza+Currículo+Deleuze. **Educação e Realidade**, 27(2):47-57, jul./dez. 2002.

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

YIN, Robert K. **Case study research**: design and methods. London: Sage, 1984.

YUKA, Marcelo. A Feira. In: O RAPPÁ. **Rappa Mundi**. Rio de Janeiro: Warner Music, 1996.

_____. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZANELLA, Andréa Vieira. **Perguntar, registrar, escrever**: inquietações metodológicas. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2013.

_____. Olhar. In: FONSECA, Tania Mara Galli Fonseca; NASCIMENTO, Maria Livia do; MARASCHIN, Cleci (Orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2013. p.171-173.

中
國
書
局



年
月
日
錄

ANEXOS



年
月
日
錄

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- Via do(a) voluntário(a) / usuário(a) do serviço -

O Sr./Sra está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Você tem a liberdade de se recusar a participar, ou de retirar seu consentimento a qualquer momento até o término da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou penalização. Em caso de dúvidas você pode entrar em contato com a pesquisadora e se precisar de maiores informações também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone: +55 51 3308 3738 ou e-mail: etica@propesq.ufrgs.br

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da Pesquisa: Composições para uma Clínica das Práticas Integrativas no SUS: um olhar a partir da Acupuntura

Nome do(a) Pesquisador(a) Responsável: Alessandra Wladyka Charney - mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Contatos: +55 41 8853 9098 / charney.alessandra@yahoo.com.br

1. Sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa acadêmica sobre as possibilidades de composição entre duas medicinas: a Medicina Tradicional Chinesa (prática oferecida pelo Sistema Único de Saúde e regulamentada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde) e a Medicina Ocidental (aquela que praticamos mais corriqueiramente no Brasil) através da prática da Acupuntura. O objetivo deste estudo é analisar como os médicos vem utilizando a acupuntura no cotidiano dos encontros clínicos com os pacientes, ou seja, durante as consultas.

Aceitando ser um(a) voluntário(a) na pesquisa você permitirá que a pesquisadora acompanhe sua consulta com o(a) médico(a) acupunturista. A pesquisadora observará a consulta e não fará qualquer pergunta ou comentário durante o período da consulta. Você não precisará responder a entrevistas ou questionários. Permitirá que ela acesse as informações de seu prontuário para analisar como o seu/sua médico(a) procedeu e registrou as consultas anteriores. Não serão analisadas as suas condições de saúde nos prontuários. A pesquisadora poderá registrar o momento com algumas imagens de forma que não seja possível identificá-lo(a).

2. Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Você pode sentir-se desconfortável com a presença da pesquisadora durante a sua consulta. Permanece o seu direito de conversar de modo particular com seu/sua médico(a) a qualquer momento da consulta, bem como de retirar seu consentimento em participar desta pesquisa.

3. Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento dos dados.

4. Benefícios: esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as composições possíveis da medicina ocidental com a medicina tradicional chinesa nos encontros clínicos, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa apoiar novas formas de cuidado possíveis dentro do SUS. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,

RG _____ CPF _____ n.º de prontuário _____,

abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: *Composições para uma Clínica das Práticas Integrativas no SUS: um olhar a partir da Acupuntura* como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora *Alessandra W. Charney* sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- Via da pesquisadora / usuário(a) do serviço -

O Sr./Sra está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Você tem a liberdade de se recusar a participar, ou de retirar seu consentimento a qualquer momento até o término da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou penalização. Em caso de dúvidas você pode entrar em contato com a pesquisadora e se precisar de maiores informações também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone: +55 51 3308 3738 ou e-mail: etica@propesq.ufrgs.br

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da Pesquisa: Composições para uma Clínica das Práticas Integrativas no SUS: um olhar a partir da Acupuntura

Nome do(a) Pesquisador(a) Responsável: Alessandra Wladyka Charney - mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Contatos: +55 41 8853 9098 / charney.alessandra@yahoo.com.br

1. Sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa acadêmica sobre as possibilidades de composição entre duas medicinas: a Medicina Tradicional Chinesa (prática oferecida pelo Sistema Único de Saúde e regulamentada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde) e a Medicina Ocidental (aquela que praticamos mais corriqueiramente no Brasil) através da prática da Acupuntura. O objetivo deste estudo é analisar como os médicos vem utilizando a acupuntura no cotidiano dos encontros clínicos com os pacientes, ou seja, durante as consultas.

Aceitando ser um(a) voluntário(a) na pesquisa você permitirá que a pesquisadora acompanhe sua consulta com o(a) médico(a) acupunturista. A pesquisadora observará a consulta e não fará qualquer pergunta ou comentário durante o período da consulta. Você não precisará responder a entrevistas ou questionários. Permitirá que ela acesse as informações de seu prontuário para analisar como o seu/sua médico(a) procedeu e registrou as consultas anteriores. Não serão analisadas as suas condições de saúde nos prontuários. A pesquisadora poderá registrar o momento com algumas imagens de forma que não seja possível identificá-lo(a).

2. Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Você pode sentir-se desconfortável com a presença da pesquisadora durante a sua consulta. Permanece o seu direito de conversar de modo particular com seu/sua médico(a) a qualquer momento da consulta, bem como de retirar seu consentimento em participar desta pesquisa.

3. Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento dos dados.

4. Benefícios: esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as composições possíveis da medicina ocidental com a medicina tradicional chinesa nos encontros clínicos, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa apoiar novas formas de cuidado possíveis dentro do SUS. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,

RG _____ CPF _____ n.º de prontuário _____,

abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: *Composições para uma Clínica das Práticas Integrativas no SUS: um olhar a partir da Acupuntura* como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora *Alessandra W. Charney* sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- Via do(a) voluntário(a) / médico(a) acupunturista do serviço -

O Sr./Sra está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Você tem a liberdade de se recusar a participar, ou de retirar seu consentimento a qualquer momento até o término da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou penalização. Em caso de dúvidas você pode entrar em contato com a pesquisadora e se precisar de maiores informações também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone: +55 51 3308 3738 ou e-mail: etica@propesq.ufrgs.br

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da Pesquisa: Composições para uma Clínica das Práticas Integrativas no SUS: um olhar a partir da Acupuntura

Nome do(a) Pesquisador(a) Responsável: Alessandra Wladyka Charney - mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Contatos: +55 41 8853 9098 / charney.alessandra@yahoo.com.br

1. Sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa acadêmica sobre as possibilidades de composição entre duas medicinas: a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ocidental através da prática da Acupuntura. O objetivo deste estudo é analisar como os médicos vem utilizando a acupuntura no cotidiano dos encontros clínicos.

Aceitando ser um(a) voluntário(a) na pesquisa você permitirá que a pesquisadora acompanhe sua consulta com usuários que utilizam a acupuntura como um recurso terapêutico. A pesquisadora observará a consulta e não fará qualquer pergunta ou comentário durante o período da consulta. Permitirá que ela acesse informações de prontuário para analisar a presença do registro de dimensões da Medicina Tradicional Chinesa em consultas anteriores. Não serão analisadas as suas condições de saúde dos usuários nem as propostas terapêuticas utilizadas quanta a pertinência ou eficácia. A pesquisadora poderá registrar o momento com algumas imagens de forma que não seja possível identificá-lo(a).

Aceitando ser um(a) voluntário(a) deverá ainda responder a uma entrevista semi-estruturada, que poderá ser gravada em audio ou video, realizada presencialmente ou por webconferência.

2. Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Você pode sentir-se desconfortável com a presença da pesquisadora durante a sua consulta. Permanece o seu direito de conversar de modo particular com seu/sua paciente(a) a qualquer momento da consulta, bem como de retirar seu consentimento em participar desta pesquisa.

3. Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento dos dados.

4. Benefícios: esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as composições possíveis da medicina ocidental com a medicina tradicional chinesa nos encontros clínicos, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa apoiar novas formas de cuidado possíveis dentro do SUS. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____ CPF _____ CRM _____,

abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: *Composições para uma Clínica das Práticas Integrativas no SUS: um olhar a partir da Acupuntura* como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora *Alessandra W. Charney* sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- Via da pesquisadora / médico(a) acupunturista do serviço -

O Sr./Sra está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Você tem a liberdade de se recusar a participar, ou de retirar seu consentimento a qualquer momento até o término da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou penalização. Em caso de dúvidas você pode entrar em contato com a pesquisadora e se precisar de maiores informações também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone: +55 51 3308 3738 ou e-mail: etica@propesq.ufrgs.br

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da Pesquisa: Composições para uma Clínica das Práticas Integrativas no SUS: um olhar a partir da Acupuntura

Nome do(a) Pesquisador(a) Responsável: Alessandra Wladyka Charney - mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Contatos: +55 41 8853 9098 / charney.alessandra@yahoo.com.br

1. Sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa acadêmica sobre as possibilidades de composição entre duas medicinas: a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ocidental através da prática da Acupuntura. O objetivo deste estudo é analisar como os médicos vem utilizando a acupuntura no cotidiano dos encontros clínicos.

Aceitando ser um(a) voluntário(a) na pesquisa você permitirá que a pesquisadora acompanhe sua consulta com usuários que utilizam a acupuntura como um recurso terapêutico. A pesquisadora observará a consulta e não fará qualquer pergunta ou comentário durante o período da consulta. Permitirá que ela acesse informações de prontuário para analisar a presença do registro de dimensões da Medicina Tradicional Chinesa em consultas anteriores. Não serão analisadas as suas condições de saúde dos usuários nem as propostas terapêuticas utilizadas quanta a pertinência ou eficácia. A pesquisadora poderá registrar o momento com algumas imagens de forma que não seja possível identificá-lo(a).

Aceitando ser um(a) voluntário(a) deverá ainda responder a uma entrevista semi-estruturada, que poderá ser gravada em audio ou video, realizada presencialmente ou por webconferência.

2. Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Você pode sentir-se desconfortável com a presença da pesquisadora durante a sua consulta. Permanece o seu direito de conversar de modo particular com seu/sua paciente(a) a qualquer momento da consulta, bem como de retirar seu consentimento em participar desta pesquisa.

3. Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento dos dados.

4. Benefícios: esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as composições possíveis da medicina ocidental com a medicina tradicional chinesa nos encontros clínicos, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa apoiar novas formas de cuidado possíveis dentro do SUS. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,

RG _____ CPF _____ n.º de prontuário _____,

abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: *Composições para uma Clínica das Práticas Integrativas no SUS: um olhar a partir da Acupuntura* como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora *Alessandra W. Charney* sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

Assinatura da pesquisadora: _____