Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Acupuntura no exercício da Medicina: o médico
acupunturista e seus espaços de prática**

Rita de Cassia Iorio

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Materno Infantil

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

São Paulo

2007

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Aos meus pais (*in memoriam*).

Ao meu marido e aos meus filhos, meus motivos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, meu orientador, médico de alma sensível e mente precisa, por toda orientação que me proporcionou, pelo acolhimento afável, pela amizade e pelo bom humor em todos os momentos que, com sua ampla visão de Saúde Pública, contribuiu de forma decisiva para a realização desta tese.

A Prof^a. Dr^a. Augusta Thereza de Alvarenga, minha orientadora, pela amizade e o carinho que sempre pautou sua contribuição para minha formação e crescimento na pós-graduação, que se iniciou no mestrado, com quem muito aprendi de ciência e de humanismo e especificamente no processo de doutorado, na elaboração inicial e posterior leitura crítica e cuidadosa, sempre dedicada.

Ao Prof. Dr. Ysao Yamamura, meu orientador na formação em Acupuntura, com quem sempre aprendo a aprender e a ensinar, por dividir seus alunos comigo para o desafiante exercício da docência, por tornar possível a participação de seus alunos nesta tese e por sempre compartilhar suas idéias 'revolucionárias'.

Ao Prof. Dr. Luiz Antonio Nogueira Martins pela disponibilidade e pela contribuição com sugestões para a realização desta tese, com sua experiência como professor e conhecedor da realidade de jovens médicos.

A Prof^a. Dr^a. Suely Godoy Agostinho Gimeno, sempre disponível e simpática, pela fundamental e indispensável contribuição com a abordagem estatística, o que permitiu ampliar a abordagem deste estudo.

A Prof^a. Dr^a. Mara Helena de Andréa Gomes, que sempre me tem destinado palavras de apreço e estímulo, pelas observações oportunas por ocasião da pré-banca, que contribuíram para o meu trabalho.

Ao Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis por ter aceito participar da banca e pela disponibilidade no imprevisto.

A Dra. Márcia Lika Yamamura, por ser incansável no atendimento das minhas necessidades de dados fora de hora e também pelo estímulo e o carinho.

Aos colegas médicos que se dispuseram a compartilhar comigo suas idéias, suas convicções e seus sonhos, o que tornou possível a realização do meu próprio sonho.

A Renilda Shimono, a Maria Aparecida Mendes e a Vânia Santos, competentes e prestativas, pelo apoio e informação sempre disponíveis e carinhosas, que ajudaram a me impulsionar e me manter neste trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Materno Infantil, especialmente a Iara Macedo e Leandro Cleto, pela disponibilidade sempre presente.

A querida Solange Arruda pela revisão do texto e pelas palavras de estímulo.

A Tatiana, a Daniela e a Daiane pela digitação, presteza e simpatia.

Aos meus amores pelo seu amor por mim.

Meu marido companheiro José Antonio, por ter garantido as condições necessárias e mais do que suficientes e com contribuições muito pertinentes para que eu pudesse me dedicar a este trabalho, no qual muito acredito. A Carolina pelo carinho, pela colaboração familiar e pelas mensagens de incentivo e a ajuda com o inglês. Ao José Mauricio pelo carinho, pela colaboração familiar e logística na confecção da tese. E, especialmente a Talita, pelas horas que ficou ao meu lado me incentivando, dando dicas, sugestões e alegria e, principalmente porque sua presença tão próxima me faz sempre lembrar porque isso tudo vale a pena.

RESUMO

Iorio, RC **Acupuntura no exercício da medicina: o médico acupunturista e seus espaços de prática**. São Paulo, 2007. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

A presente tese tem por **objetivos**: *identificar* concepções sobre Medicina Convencional e Acupuntura que contribuem para o entendimento dos motivos que levam médicos a procurarem conhecer ou se especializar em medicina chinesa, *identificar* expectativas dos médicos investigados com relação ao exercício da Acupuntura e *desvelar* o significado dos discursos sobre prática médica e sobre mudança de especialidade médica. Com a **hipótese** de que os médicos que buscam especialização em Medicina Chinesa - Acupuntura objetivam exercer Acupuntura de forma integrada à Medicina Convencional, o que se dá a partir de uma nova visão de mundo, tendo por referência o contexto de uma prática médica mais abrangente e com relação médico-paciente mais humanista. O tema estudado é de relevância, visto que atualmente é crescente a procura de médicos por especialização em práticas médicas não convencionais, mais freqüentemente, Acupuntura. Também porque tem aumentado o afluxo de pacientes para estas especialidades e, finalmente, porque a discussão do humanismo na medicina é bastante presente na atualidade. Neste contexto, interessa-nos estudar o médico que tem formação na medicina convencional e busca se especializar-se em Acupuntura. Dada a natureza do problema, a pesquisa realizada é **quanti-qualitativa**. Foram pesquisados **175** médicos do 'Curso de Desenvolvimento em Medicina Chinesa-Acupuntura' do Center-AO - Centro de Pesquisa e Estudo da Medicina Chinesa e UNIFESP - EPM, com questionários composto por perguntas abertas e fechadas. Os dados obtidos foram analisados **estatisticamente** com metodologia que se aplicou no caso específico do presente estudo, bem como, com técnica de coleta de material denominada do tipo **temática**, baseada nas respostas dos médicos. As respostas foram analisadas com a técnica de **análise de conteúdo**, buscando desvelar **unidades de significado**, e a partir daí, estabelecemos **categorias gerais e específicas**, que passaram a dar significado aos discursos. Dessa forma obtivemos três grupos categoriais: "Aprimoramento profissional", "Ampliar seu próprio horizonte de vida" e "Compreender o paciente em uma dimensão mais abrangente". Nossos dados revelaram que médicos de especialidades médicas cognitivas e intermediárias são mais atraídos para a especialização em Acupuntura. Também revelaram que os médicos de nosso estudo pretendem exercer Acupuntura em diversos espaços de prática como consultório e outros espaços da medicina privada, SUS, hospitais, pesquisa e docência, entre outros, de forma integrada à Medicina Convencional, no bojo da qual a Acupuntura se firma como especialidade médica.

Descritores: Acupuntura. Educação de pós-graduação em medicina. Espaços de prática médica. Medicina tradicional chinesa. Práticas não convencionais. Relação médico-paciente.

Summary

Iorio, RC **Acupuncture in the medical practice: the acupuncture doctor and the fields of practice.** São Paulo, 2006. [PhD Thesis - Faculdade de Saúde Pública da USP].

The main goal of the thesis is to identify conceptions relating to Conventional Medicine and Acupuncture that contributes to the understanding of reasons why doctors search for or specialize in Chinese medicine, identify expectations of the doctors researched in connection with the practice of Acupuncture and reveal the meaning of speeches about medical practice and changes of medical specialization. Assuming as a hypothesis that doctors specialize in Chinese medicine aims to practice Acupuncture integrated with Conventional Medicine, which comes from a new view of the world, having as base a more broaden medical practice in view of a more humanistic doctor-patient relationship. The subject is relevant in view of the current growth in number of doctors searching for specialization in unconventional medical practices, most frequently, Acupuncture. In addition to that, the number of patients of such practices is increasing and, finally, since the discussion of humanistic values in medicine is a current matter. In view of the above, it is important to study the doctor who has as a base the conventional medicine and who searches for specialization in Acupuncture. Due to the nature of the problematic a quantitative-qualitative research was carried on. 175 doctors from 'Curso de Desenvolvimento em Medicina Chinesa-Acupuntura' of Centro-AO - Centro de Pesquisa e Estudo da Medicina Chinesa e UNIFESP – EPM- São Paulo, was researched and subjected to a questionnaire of open and closed questions. The obtained data was statistically analyzed with the methodology applicable to the concrete case of the present study, in addition to the applicable collection of material denominated thematic, based on the doctor's answers. Such answers were analyzed in face of the "content analysis" method, seeking to reveal significance units, and from than on, establishing general and specific categories, which leads to the meaning of speeches. In face of that, 3 categories were established: "Professional Improvement", "Broaden self life horizon" and "Understand patients in a more broaden dimension". The data collected reveals that doctors who specialize in cognitive and intermediary medical practices are more drawn to Acupuncture specialization. The data also revealed that doctors subject to the present study aim to practice Acupuncture in several environments, such as private offices and clinics, public hospitals (SUS), academic research, among others, in an integrated way with Conventional Medicine, which establishes Acupuncture as a medical specialization.

Descriptors: Acupuncture. Post graduate medical education. Medical Practical fields. Traditional Chinese medicine. Unconventional practices. Doctor-patient relationship.

Com efeito, um dia de manhã, estando a passear na chácara, pendurou-se-me uma idéia no trapézio que eu tinha no cérebro. (...) Essa idéia era nada menos que a invenção de um medicamento sublime, um emplasto anti-hipocondríaco, destinado a aliviar a nossa melancólica humanidade.

*Machado de Assis
Memórias póstumas de Brás Cubas.*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. SAÚDE – DOENÇA, NÃO HÁ DICOTOMIA	1
1.2. PREVENIR OU CURAR: FALSO DILEMA (IM)POSTO PARA A SAÚDE PÚBLICA	5
1.3. A MEDICINA SUBDIVIDIDA E ESPECIALIZADA	10
1.4. MEDICINA NÃO CONVENCIONAL OU MEDICINA COMPLEMENTAR OU MEDICINA ALTERNATIVA OU MEDICINA TRADICIONAL	15
1.5. PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA CARECEM DE FORMAÇÃO EM MEDICINA TRADICIONAL	20
1.6. ACUPUNTURA: ABORDAGEM MÉDICA DE CARACTERÍSTICA HOLÍSTICA	22
1.6.1 A Formação do Médico-Aluno de Acupuntura	27
1.6.2 Acupuntura, Disciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade na sua Relação com a Saúde Pública	38
1.7. ACUPUNTURA: UMA POSSIBILIDADE DE REINCORPORAR A ARTE DE CURAR À MEDICINA	40
2. HIPÓTESE	47
3. OBJETIVOS	48
4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO - CASUÍSTICA E MÉTODOS	49
4.1 TIPO DE PESQUISA	49
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E LEVANTAMENTO DE DADOS	53
4.3 TRATAMENTO, DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	55
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	59
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS	60
5.1.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa	60
5.1.1.1 Caracterização Sócio-Demográfica e Educacional	60
5.1.1.2 Caracterização dos Médicos por Áreas de Atuação e Espaços de Prática	63
5.1.1.3 Caracterização dos Médicos quanto ao Interesse pela Especialidade Médica que Exerce e por Acupuntura	68
5.1.1.4 Visões sobre Prática Médica e Relação Médico-Paciente	72
5.2 RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA	78

5.2.1 Acupuntura, Medicina e Saúde Pública: Temas e Discursos Médicos	78
5.2.1.1 Panorama de Crise na Saúde e na Medicina	77
5.2.1.2 (In)Satisfação com a Especialidade Médica que Exerce e Desejo de Mudança	83
5.2.1.3 Inserção da Acupuntura num Panorama de Crise na Saúde e na Medicina	90
5.2.1.4. Visão dos Médicos de Espaços de Prática	97
5.2.1.5 Tarefas da Saúde Pública e a Acupuntura	104
5.2.1.6 Adesão ao Tratamento como Problema de Saúde Pública e o Médico Acupunturista	108
5.2.2 Acupuntura como Prática Diferenciada no Exercício da Medicina	112
5.2.2.1 A Prática da Acupuntura e o (Bom) Médico	113
5.2.2.2 O Médico Acupunturista e seu Paciente	118
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
7. REFERÊNCIAS	134
8. ANEXOS	141
Anexo 1 - Questionário da primeira fase da pesquisa	A-1
Anexo 2 - Questionário da segunda fase da pesquisa	A-3
Anexo 3 - Caracterização da população amostral	A-5
Anexo 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido	A-11
Anexo 5 – Tabela de especialidades médicas	A-12
Anexo 6 – Análise estatística quanto à homogeneidade de distribuição das respostas	A-13
Anexo 7 – Descritores de Medicina convencional e de Acupuntura	A-17

1. INTRODUÇÃO

1.1. SAÚDE-DOENÇA: NÃO HÁ DICOTOMIA

A crise que vivenciamos hoje na Saúde não se apresenta de forma isolada, mas se encontra correlacionada com a crescente crise política, econômica, social, moral e intelectual. O aprofundamento dessa crise, que ocorre no mundo em geral e no nosso país em particular, tem levado à intensificação da polêmica sobre o caráter biológico ou social da doença.

A globalização que presenciamos atualmente, ao mesmo tempo em que oferece muitos benefícios e oportunidades, também provoca repercussões negativas sobre a saúde das pessoas em vários aspectos. Entre os mais importantes, destacam-se a disseminação de doenças infecto contagiosas, as guerras, o bioterrorismo, a corrupção, a inflação, o desemprego, a crise energética e a crise de assistência à saúde. Ainda de impacto negativo, verificamos o aumento de poluição e violência, padrões comportamentais de risco de saúde, grande ocorrência de doenças relacionadas às condições de moradia, alimentação e atividades laborais, situação de caos na educação e na saúde de crianças e jovens e assim por diante. Também com relação aos recursos específicos de saúde, acontece distribuição desigual destes no Brasil e no mundo.

Para que ocorra modificação desse quadro, torna-se necessário e urgente que sejam estabelecidas políticas de saúde que efetivamente visem à resolução dos graves problemas apontados, aos quais estão sujeitas as populações.

A grande produção de aparelhagem diagnóstica e terapêutica de alta sofisticação tecnológica, a sempre crescente indústria farmacêutica, o advento do Projeto Genoma e as pesquisas com células-tronco são exemplos dos recentes avanços da tecnologia e da ciência que presenciamos na atualidade.

Se, por um lado, os avanços que ocorrem na ciência podem potencialmente proporcionar benefícios à saúde das pessoas e ao tratamento de doenças, por outro, não existe possibilidade de acesso a esses recursos para a maioria da população, principalmente a mais carente.

Reflexos dessa conjuntura ocorrem também quando se considera o componente paciente da relação médico-paciente. No que tange à saúde do indivíduo, o inegável desenvolvimento do arsenal tecnológico de investigação e terapêutica aumenta, por um lado, a credibilidade da precisão do diagnóstico e da conduta do médico, mas, por outro lado, diminui a importância conferida à anamnese e ao exame físico do doente. Dessa forma, modifica-se o perfil da consulta médica e a relação médico-paciente, que também é influenciada pelos atuais modelos de atendimento à saúde, quer no setor público, quer no espaço privado, com a participação do Estado, da medicina de grupo e dos seguros-saúde como intermediários nessa relação, os quais interferem no caráter liberal da profissão médica. Essa prática médica, assim caracterizada nos moldes do paradigma hegemônico, pode, então, ocorrer com prejuízo da relação médico-paciente, quando acarreta a essa relação diminuição da percepção integral e global do paciente pelo médico (ARAÚJO, 2001; IORIO et al., 2004; MACHADO, 1999). Para SCHRAIBER (1997), a relação médico-paciente é um desafio a ser enfrentado na prática médica, na conexão entre suas faces técnica e ética.

Tal panorama configurado facilita a emergência e o aprofundamento da discussão sobre o paradigma hegemônico que é estabelecido com parâmetros de saúde e doença calcados em princípios biológicos reducionistas, mecanicistas, cientificistas, tecnologizantes e medicalizantes. Esse estado de coisas, longe de levar à resolução dos graves problemas sanitários originados por essa situação, é agente catalisador do agravamento de doenças e da piora de condições de vida e de saúde das pessoas.

QUEIROZ (1986) afirma que, num certo momento, a medicina científica tornou-se hegemônica exatamente por se mostrar compatível com a essência capitalista. Num outro momento, tornou-se inviável justamente por se mostrar excessivamente comprometida com essa essência, perdendo, assim, a sua independência e autonomia, ainda que relativas, em face do sistema social em

que atua. Na medida em que a sua funcionalidade e sua dependência ao sistema traduzem-se por insensibilidade às causas reais de doenças (que muitas vezes residem na forma como a vida é organizada pela sociedade) e às soluções que implicariam melhoria do nível de saúde de uma população, a Medicina produz serviços extremamente caros e ineficazes, dois sintomas principais de sua crise. O mesmo autor acrescenta que, mais recentemente, no entanto, dois fatores fundamentais contribuíram decisivamente para abalar os alicerces do paradigma mecanicista. O primeiro e principal deles diz respeito à deficiência desse modelo em conceituar os problemas modernos da saúde humana. O segundo refere-se aos custos crescentes que esse tipo de medicina acarreta, tornando-o incompatível com o ideal de democratização da oferta de serviços médicos, principalmente em países em desenvolvimento.

Uma outra questão que ameaça o paradigma mecanicista, segundo o referido autor, relaciona-se com a grande ocorrência de doenças degenerativas, tais como câncer, doenças cardiovasculares e doenças psiquiátricas, entre outras, que não são tratáveis pela intervenção tecnológica baseada no modelo unicausal de doenças porque, assim como as moléstias infectocontagiosas, são devidas à múltipla causalidade. Muitos autores têm considerado não só as doenças degenerativas, mas também as infecciosas, como de múltipla causalidade, nas quais corpo, mente e meio ambiente interagem para produzi-las ou para curá-las. QUEIROZ (1986) salienta que, no que diz respeito aos custos crescentes de uma medicina baseada no hospital e na alta tecnologia, a sua presença hegemônica em países como o Brasil, onde o controle de condições sociais e ambientais é escasso, é evidentemente muito mais irracional do que o mesmo fenômeno num país rico, embora a crise da Medicina não se limite aos problemas do subdesenvolvimento, uma vez que ela está intensamente presente também entre os países desenvolvidos.

Outro questionamento do modelo biológico na Medicina é que ele é limitado para originar um novo conhecimento que leve à compreensão dos principais problemas de saúde prevalentes na atualidade, como as doenças cardiovasculares e os tumores, além da desnutrição e de doenças infectocontagiosas, tanto as doenças emergentes quanto as reemergentes.

Além disso, como bem aponta LAURELL (1983), apresenta-se a crise da prática médica, na qual a medicina clínica não proporciona saída satisfatória para uma efetiva melhoria das condições de saúde da população. Embora a concepção biológica da doença e da prática que a sustenta sejam limitadas, é evidente que estas impulsionaram a produção do conhecimento médico durante muito tempo. Do mesmo modo, a concepção de que a doença pode ser analisada em profundidade como um processo social deve, a despeito da crítica, comprovar sua relevância numa perspectiva mais ampla e sua utilidade na prática. Portanto, para que os problemas de saúde das populações e dos indivíduos sejam resolvidos, é necessário que tenhamos um novo paradigma, ou seja, uma nova concepção da saúde e da realidade que contemple o ser humano na totalidade e a complexidade de suas relações interpessoais e com o meio. Nesse contexto, apresenta-se a necessidade de existir uma visão holística do mundo (CAPRA, 2000a), que vem surgindo com base em uma percepção diferente da realidade, considerada em sua totalidade integrada e não-reduzível, na qual se incluem parâmetros que, no âmbito da Saúde, podem ser encontrados na base conceptual de especialidades médicas como a Acupuntura e a Homeopatia.

Segundo KUHN (2003), a ciência normal não tem, por finalidade, produzir conhecimento novo, mas apenas concentrar suas investigações no que está determinado pelo paradigma dominante no campo científico. Assim, o desenvolvimento real da ciência, e não apenas a expansão do próprio paradigma, ocorre apenas em ocasiões raras e peculiares, quando o modelo entra numa situação de crise profunda, momento no qual um novo paradigma que dê conta da realidade que não pode ser compreendida pelo modelo anterior é proposto.

Na atualidade, presenciamos o panorama delineado pelo referido autor, em que se impõe a necessidade de uma nova percepção da realidade do mundo, da Ciência e da Medicina, na qual o mundo da natureza e o mundo humano se inter-relacionem e interajam, o que já vem acontecendo, em certa medida, na sociedade em geral e também entre os cientistas.

Essa nova visão da realidade contempla a inter-relação e interdependência dos aspectos físicos, psicobiológicos, político-sociais e culturais, ou seja, uma concepção integrada e holística do mundo. Desse modo, é possível uma mudança na abordagem da saúde do ser humano de forma integral, abrangendo a totalidade de seus determinantes e acarretando intervenções em todos os níveis, de forma mais justa e resolutiva, que possa levar à melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas.

A medicina até o momento dita não-convencional, também conhecida como medicina complementar ou alternativa, caracteriza-se por uma visão do indivíduo de forma interdependente dos fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, na determinação de diagnósticos de situações de saúde-doença e no tratamento de doenças. Nesse modelo, não mais se considera a doença como o objeto da Medicina, mas, sim, o paciente, a pessoa no microcontexto de sua vida diária e no macrocontexto do mundo moderno globalizado. O doente é considerado sob visão holística. Essa visão da Medicina tem alcançado um espaço cada vez maior na prática médica atual e o aumento da procura por tratamentos não-convencionais é fato que vem ocorrendo não só em nosso país, mas em praticamente todo o mundo (FURNHAM, 2001).

1.2. PREVENIR OU CURAR: FALSO DILEMA (IM)POSTO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Por ocasião da elaboração de documento relativo à crise da Saúde Pública no mundo, posteriormente discutido como forma de embasar ações de saúde nos diversos países, a ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) (1992)

conceitua Saúde Pública como “o esforço da sociedade, organizado ou não, que surge do seu compromisso com a busca da satisfação ou com a obtenção de seus ideais de saúde. Diferentemente da medicina clínica, que atua no nível individual, a essência da Saúde Pública está em adotar um ponto de vista populacional que norteie suas aplicações nos campos do conhecimento e da ação”.

No mesmo documento, outros conceitos básicos fundamentais são encontrados, apontando que a evolução da bagagem de conhecimentos, atitudes, tradições, crenças e práticas de saúde estão relacionadas de maneira causal com variações no contexto econômico, político e social.

Também é assinalado que os países da região das Américas evoluem num contexto caracterizado por uma profunda crise econômica, com uma tendência à participação social cada vez mais acentuada. No tocante às questões de saúde, percebe-se, em geral, redução das enfermidades transmissíveis e aumento das doenças crônico-degenerativas e dos danos e riscos ambientais, estando esse quadro na dependência da industrialização, da urbanização e do envelhecimento populacional. Tal qual vimos anteriormente, encontramos em situação de crise: a Saúde está doente em um mundo também doente.

Segundo FOUCAULT (1993), surge, no século XIX, principalmente na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. Isso possibilitou a ligação de três coisas: assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e investigação geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas a proteção contra os perigos gerais. Dessa forma, na medicina social inglesa deu-se a operacionalização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial e destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação e as epidemias, entre outros, e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Assim, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes, segundo se tratasse de medicina assistencial,

administrativa ou privada, com setores bem delimitados que permitiram, um controle bastante completo.

O mesmo autor conclui que, “com o plano Beveridge¹ e os sistemas médicos dos países mais ricos e industrializados da atualidade, trata-se sempre de fazer funcionar esses três setores da Medicina, mesmo que sejam articulados de maneiras diferentes.” (FOUCAULT, 1993, p.98).

Como elementos essenciais para a existência de saúde, a Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986) estabeleceu que são pré-requisitos para tanto a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, o ecossistema estável e a conservação dos recursos naturais e a equidade.

Para TERRIS (1992), que apresenta uma versão tradicional e consensual do campo da Saúde Pública, deve-se promover acesso universal e equânime da população aos serviços de saúde e garantir a integralidade das ações de saúde, desde a prevenção até a reabilitação. O mesmo autor cita Winslow:

“A Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir as enfermidades, prolongar a vida e fomentar a saúde e a eficiência física [posteriormente acrescentou *‘e mental’*] mediante esforços organizados da comunidade para sanear o meio ambiente, controlar as infecções na comunidade e educar o indivíduo quanto aos princípios de higiene pessoal e organizar serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das enfermidades, assim como desenvolver o aparato social que assegure a cada indivíduo da comunidade um nível de vida adequado para a manutenção da saúde” (WINSLOW apud TERRIS, 1992, p. 187).

Enquanto WINSLOW, com a clássica definição de Saúde Pública elaborada em 1920, restringe-se ao conceito de Saúde Pública com referência a controle de infecções e tratamento preventivo, TERRIS (1992) avança na conceituação porque, além das doenças infectocontagiosas, introduz doenças crônico-degenerativas, a exemplo de câncer, doenças cardiovasculares, acidentes e lesões, abrangendo desde o diagnóstico e o tratamento até a reabilitação. Assim, segundo TERRIS (1992):

“A Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir as enfermidades e as deficiências, prolongar a vida e fomentar a saúde e a eficiência física e

¹ Beveridge, Sir William. O Plano Beveridge: relatório sobre o seguro social e serviços afins. Rio de Janeiro, Ed. José Olympio, 1943.

mental mediante esforços organizados da comunidade para sanear o meio ambiente, controlar as doenças infecciosas e as doenças crônico-degenerativas, bem como as lesões; educar o indivíduo quanto aos princípios de higiene pessoal e organizar serviços de saúde para o diagnóstico e o tratamento das doenças e também para a reabilitação, assim como desenvolver o aparato social que assegure a cada indivíduo da comunidade um nível de vida adequado para a manutenção da saúde" (TERRIS, 1992, p. 187).

Destaque-se que, aprofundando a discussão de Saúde Pública ao defini-la, o referido autor chama a atenção para o fato de as principais causas de morte, nas Américas, serem as doenças crônico-degenerativas. Ou seja, não se restringe aos aspectos puramente preventivos relativos à Saúde Pública, mas visualiza uma situação muito mais completa e complexa de saúde-doença que pode ser considerada nesse campo. Dessa maneira, as ações e os serviços de saúde devem, então, ser concebidos tendo-se em vista a resolução dos diferentes problemas de Saúde Pública apontados, visto de uma perspectiva interdisciplinar.

No que respeita à medicina atual propriamente dita, no nosso meio, os serviços de saúde, como se apresentam hoje, incorporam várias especialidades médicas. Esse fato, por um lado, pode proporcionar aumento de competência técnica e científica das especialidades, que contribuem para incrementar a capacidade resolutiva da prática médica. Por outro lado, a fragmentação do trabalho médico em múltiplas especialidades pode levar à multiplicação dos encaminhamentos e à realização de exames complementares nem sempre necessários. Essa situação pode se traduzir em declínio da eficácia dos serviços de saúde e elevação crescente dos custos em saúde.

Para SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES (2000), a multiplicidade de ações existente no serviço público de saúde induz a questão de articular racionalidades diferentes de intervenção e naturezas distintas de objetivos técnicos, tornando a concepção de assistência à saúde uma noção muito mais complexa.

Pode-se, então, concluir que estão colocadas, para a Saúde Pública, como campo reconhecidamente interdisciplinar, tarefas que compreendem atenção médica, prevenção de doenças e promoção de saúde, considerando-se a

complexidade do quadro de saúde delineado. Em outras palavras, a organização do serviço de saúde precisa acontecer de tal forma a propiciar ações de todos os serviços necessários para a promoção de saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, bem como para a reabilitação física, social e profissional. É imprescindível que a Saúde Pública cuide do prevenir e do curar, em toda a dimensão que esses termos possam significar, ou seja, que, com base no diagnóstico multicausal das doenças, instituem-se práticas preventivas, curativas e reabilitadoras, considerando os diferentes contextos históricos, sociais e culturais das populações.

A diversidade e o aumento do conhecimento que o desenvolvimento científico e tecnológico proporcionam facilitam a existência de divisões, subdivisões e fragmentações da atenção à saúde, como observado na oferta, adequada ou não, das diversas especialidades nas unidades básicas de saúde. Essa situação pode estar associada à multiplicidade de tais ações, o que remete à necessidade de articulação, ou seja, que a multidisciplinaridade funcione com interdisciplinaridade, de modo articulado. Ainda mais, para garantir os princípios de eficiência e eficácia e de acessibilidade e equidade, é imperativo que isso se dê num contexto que considere de forma abrangente as dimensões, quantitativas e qualitativas dos sujeitos e objetos (sujeitos objetivados) envolvidos no atendimento à saúde.

Ao se considerar a interface entre medicina convencional e não-convencional, faz-se necessário ponderar que fica difícil, atualmente, delimitar territórios agrupados em torno de paradigmas puros, conforme explicam MOREIRA e SOUZA (1999), porque nossas práticas dizem respeito a uma determinada realidade e são ininterruptamente postas em questão por outras realidades econômicas, sociais, culturais e históricas. Nessa conjuntura, apreciar a questão da equidade significa considerar diferenças concretas, próprias do indivíduo assim inserido.

Da mesma forma, é necessário que a saúde e a doença não sejam consideradas como entidades estanques, mas como um complexo com diversos determinantes e inúmeras correlações, num contexto integral.

1.3. A MEDICINA SUBDIVIDIDA E ESPECIALIZADA

“É que a Medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranqüilizante de sua finitude; nela, a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; e se ela se anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também deste mundo técnico, que é a forma armada, positiva e plena de sua finitude.”

M. Foucault ²

A Medicina e a formação médica desenvolvem-se hoje caracterizadas por alta tecnologia e prática fragmentada e especializada. Tais condições podem acarretar, para o médico, perda da dimensão da totalidade do processo saúde-doença e do paciente, além da diminuição do conhecimento generalista. Essas características têm influência nos aspectos gerais da atenção à saúde e na efetividade da assistência prestada em geral e na relação médico-paciente, em particular.

No paradigma positivista, têm ênfase os aspectos biológico e etiológico da doença, o que contribui para a ocorrência de diagnóstico e tratamento de características predominantemente curativas e reducionistas, limitando, dessa forma, a dimensão do curar.

² Foucault M. O nascimento da clínica. 5ª edição RJ: Forense universitária; p. 228. 2001.

No padrão biomédico, caracterizado pela medicalização, compreendida como elevada dependência da sociedade ao consumo de serviços médico-assistenciais (BARROS, 1984), os problemas fisiológicos ou de natureza socioeconômica são denominados doença e demandam, portanto, procedimentos médicos para sua solução. Reduz-se, desse modo, a análise do fenômeno da cura a parâmetros biológicos e tecnológicos de alcance menor e menos efetivos do que o que se poderia alcançar com uma abordagem mais completa dos aspectos da doença.

No modelo vigente, existe insatisfação tanto da população que se socorre dos serviços de saúde, na busca de solução para seus problemas, como dos médicos que, em variados níveis, estão diretamente envolvidos no processo de medicalização. Nesse contexto, os médicos são formados para o mercado de trabalho, com demanda crescente para a especialização e a subespecialização.

De acordo com MACHADO (1999), os avanços tecnológicos muito contribuem para o aparecimento de novas especialidades e subespecialidades médicas. Essa especialização induz os médicos a escolhas cada vez mais racionais e menos vocacionais (MANENTE, 1997), com a finalidade de praticar uma medicina altamente tecnológica, que proporcione maior rendimento e os tornem competitivos no mercado de trabalho. Com isso, pode ocorrer prejuízo do envolvimento emocional com o paciente, tornando inevitável a perda da dimensão da totalidade e diminuindo, portanto, o conhecimento generalista. Nesse contexto, formam-se, no Brasil, 9 mil médicos a cada ano, existindo hoje um total de 319.865 médicos ativos³. Esses profissionais exercem múltiplas atividades em instituições públicas e privadas e 80% deles se esforçam para manter atividade em consultório, o ideal da medicina liberal (MACHADO, 1999).

A especialização e a alta tecnologia implicam custos mais altos e crescentes do ato médico, que, assim, passa a ocorrer cada vez mais em espaços institucionais, tanto públicos como privados, e de forma assalariada, intermediando a relação médico-paciente, com prejuízo desta, e interferindo na ação do cuidado do paciente pelo médico e no autocuidado do paciente.

³ Disponível em: www.cfm.org.br, em 12/06/2007.

No contexto apresentado, vale lembrar da questão do cuidado na atenção à saúde, que, de acordo com AYRES (2004), relaciona-se ao modo de ser da pessoa, ou seja, com projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade. Esses são traços fundamentais a considerar na compreensão das interações entre profissionais de saúde e pacientes e na reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde. O autor chama cuidado à conformação humanizada do ato assistencial que considere as dimensões do ser humano e não se restrinja apenas aos aspectos técnicos e científicos da assistência à saúde. Mais ainda, segundo AYRES, não existe saúde pública se não houver cuidado atento a cada um, não se cuidando efetivamente de indivíduos se não se cuidar de populações.

Modelos de assistência à saúde são cada vez mais discutidos, tanto em âmbito mundial quanto no nosso país, onde sabemos que o consumo de serviços médicos e medicamentos é variável de acordo com as categorias sociais (LOYOLA, 1978), o que contribui grandemente para, na composição saúde-doença, aumentar a participação da doença em detrimento da saúde. A mesma autora chama a atenção para o fato de que fatores de natureza cultural podem constituir obstáculos ao sucesso da ação estatal, que é o de reforçar a medicina dita científica. Políticas de saúde baseadas em pressupostos desse tipo de medicina, que é hegemônico, representam-se como detentoras do saber médico e científico e são intolerantes ao que se apresente fora do domínio da ciência limitada por paradigmas biológicos. Além disso, dentro dessa ideologia, o doente é um ser abstrato e indiferenciado, sem que se leve em conta sua classe social ou sua religião, por exemplo. Tal posicionamento, que não considera as reais necessidades do paciente como ser social e culturalmente constituído, pode favorecer uma atitude distante por parte do médico com relação ao paciente, insucesso no tratamento e insatisfação de objetivos, tanto para o médico como para o paciente.

O processo saúde-doença tem importante componente cultural e social, na medida em que a própria dimensão do biológico pode ser social e culturalmente transformada e modificada segundo as condições micro e macroestruturais vividas pelos indivíduos.

Considerando que seja, então, necessário que, à explicação biológica da doença, contraponha-se uma interpretação que tenha como eixo o seu caráter social, LAURELL (1983) entende que seja possível abordar a saúde como um fenômeno coletivo e social, podendo, dessa forma, ser gerado um conhecimento que permita compreender a questão de maneira mais abrangente e buscar soluções mais efetivas para os principais problemas de saúde das populações.

Na mesma linha de reflexão se coloca, hoje, a posição de BREILH (2006), quando aborda o papel da epidemiologia no contexto da saúde pública e coletiva em contraposição à epidemiologia alicerçada em fatores, na teoria do risco e numa prática funcionalista e patogênica. O autor defende que deve ser estabelecida uma nova epidemiologia crítica, que rompa com antigos padrões, e que se construa “um objeto/conceito/campo de saúde contra-hegemônico (...), cuja unidade seja a concepção da realidade como um processo que se desenrola como um movimento organizado em torno de modos de vida ou de reprodução social, com suas contradições e relações” (BREILH, 2006; p. 82).

RANDOM (2000) questiona: “Por que, a despeito de um mundo tecnológico edificado sobre a racionalidade e a lógica, o mundo vai tão mal? Por que o qualitativo, o retorno ao sentido global ou holístico do real, é sentido de forma tão imperiosa?” O autor pondera que a pergunta contém em si mesma uma resposta, uma tomada de consciência, levando, assim, à descoberta do real, e que a “tomada de consciência” perturba nossa passividade mental e espiritual, surgindo, entre nós e os acontecimentos, um espaço novo, no qual se dá a consciência e sem o qual o real, ou o que percebemos como tal, não pode existir. Assim, RANDOM conclui que “a análise apenas racional das propriedades da matéria e da energia é, portanto, insuficiente para nos fazer perceber a globalidade. Falta-nos algo mais, um olhar diferente, que vá mais fundo, mais longe e mesmo mais alto, um olhar ao mesmo tempo holístico e transdisciplinar” (RANDOM, 2000, p. 31).

No seio da própria medicina científica, os vários aspectos que a constituem aparecem conceitualmente bastante completos, como podemos constatar na leitura a seguir:

A Medicina é uma profissão que incorpora a Ciência e o método científico à arte de ser médico. A arte de cuidar dos doentes é tão antiga quanto a própria humanidade. Mesmo em eras modernas, a arte de cuidar e confortar, guiada por milênios de aplicação do bom senso e por uma abordagem sistemática mais recente de ética médica, continua a ser a viga mestra da Medicina. Sem essas qualidades humanísticas, a aplicação da ciência moderna à Medicina fica aquém do ideal, é inútil e pode ser até deletéria (GOLDMAN e AUSIELLO, 2005, p. 2).

A medicina contemporânea, assim definida com todo o avanço científico e tecnológico incorporado ao seu exercício, só pode, na prática, atingir seus verdadeiros objetivos de proporcionar inegáveis benefícios à saúde das pessoas se for realizada com vistas à integralidade, à universalidade e à inclusão equânime.

Nesse contexto, deparamo-nos com a necessidade de uma visão mais abrangente da saúde, da doença e de suas inter-relações, bem como da busca de soluções no campo da saúde individual e coletiva, compreendidas de maneira não dissociada, mas articuladas em dada situação social, histórica e cultural.

1.4. MEDICINA NÃO-CONVENCIONAL OU MEDICINA COMPLEMENTAR OU MEDICINA ALTERNATIVA OU MEDICINA TRADICIONAL

Os termos medicina não-convencional, medicina complementar, medicina alternativa e medicina tradicional são geralmente utilizados como sinônimos. Empregam-se muitas vezes também expressões como práticas alternativas de saúde e práticas complementares de saúde ou mesmo práticas integrativas ou não-ortodoxas.

Retomando, a medicina não-convencional, também conhecida como medicina complementar ou alternativa, caracteriza-se por uma visão do indivíduo de forma interdependente dos fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Emprega técnicas que, até há pouco tempo, não eram utilizadas pela medicina convencional, como a Acupuntura e a Homeopatia. Essa visão da medicina tem alcançado um espaço cada vez maior na prática médica atual.

O aumento da procura por tratamentos não-convencionais é fato que vem ocorrendo em diversos países, entre eles o nosso, conforme constataam diversos pesquisadores, alguns já listados anteriormente por IORIO (2004).

“A medicina não-convencional é focada no paciente e na relação médico-paciente, e não mais na doença. O paciente é conscientizado da natureza e da extensão de seu desequilíbrio, examinando-se todos os fatores associados a esse desequilíbrio” (IORIO, 2004, p. 9).

Apresentamos, a seguir, duas definições de medicina tradicional.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde:

“A medicina tradicional refere-se a práticas de saúde, abordagens, conhecimentos e crenças que incorporem a medicina baseada em plantas, animais e minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados isoladamente ou em combinação para tratar, diagnosticar e prevenir doenças ou para manter o bem-estar” (WHO, 2000; p. 1).

A seguir, anotamos a definição de medicina complementar e alternativa adotada pelo Centro Cochrane⁴

“A medicina complementar e alternativa compreende um amplo domínio de recursos de cura, que abrangem todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas, as teorias e crenças que os acompanham e outras que não as intrínsecas à política do sistema de saúde dominante de uma sociedade ou à cultura particular em um dado período histórico. A medicina complementar e alternativa inclui todas essas práticas e idéias, autodefinidas por seus usuários como preventivas ou de tratamento de doenças ou de promoção de saúde e bem-estar. Os laços entre as medicinas complementares e alternativas e entre a medicina complementar e alternativa e o sistema dominante de saúde não são fixos nem bem estabelecidos.

Países da África, Ásia e América Latina usam a medicina tradicional (MT) para ajudar a atingir algumas de suas necessidades básicas de saúde. Na África, mais de 80% da população usa medicina tradicional como atendimento primário de saúde. Nos países industrializados, adaptações da medicina tradicional são denominadas complementares ou alternativas (WHO, 2000).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004), a medicina tradicional vem mantendo sua popularidade em todas as regiões do mundo desenvolvido e seu uso está rapidamente se espalhando nos países industrializados. Na Europa, na América do Norte e em outras regiões industrializadas, mais da metade da população já se utilizou de medicina complementar ou alternativa pelo menos uma vez. Na Alemanha, 90% da população se utilizou de medicação natural em algum momento da vida. Entre os anos de 1995 e 2000, o número de médicos que tiveram treinamento especial em medicina medicamentosa natural quase alcançou o total de 10,8 mil. Nos EUA, 158 milhões de pessoas adultas usam medicina complementar e, de acordo com a Comissão de Medicinas Complementar e Alternativa dos EUA, 17 bilhões de dólares foram gastos em medicamentos tradicionais no ano de 2000 e 230 milhões de dólares são gastos anualmente no Reino Unido com medicina alternativa (WHO, 2004).

⁴ <http://cochrane.bireme.br/>, em 5/3/2007.

Em contrapartida, JAIN e ASTIN (2001) estudaram os motivos que levam as pessoas a não se tratar por Acupuntura, concluindo que as menos propensas a esse tipo de tratamento são do sexo masculino, gozam de boa saúde, acreditam que essas terapias sejam, em geral, ineficazes ou de poder de cura inferior ao dos métodos convencionais e acreditam que os médicos convencionais não apoiem essa terapia ou que não tenham conhecimentos de medicina complementar e alternativa. No mesmo estudo, os autores fazem uma consideração importante, qual seja, que a carência de médicos que apoiem as práticas de medicina complementar e alternativa é desejável e compreensível nos casos em que tais práticas não sejam de eficácia comprovada ou que possam colocar em risco os pacientes.

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004), mais de um terço da população nos países em desenvolvimento carece de medicamentos essenciais. Então, nesses casos, a oferta de terapias tradicionais e complementares seguras podem tornar-se uma ferramenta para aumentar o acesso ao cuidado de saúde. Semelhante é a situação em que nos encontramos em nosso país, com um estado de carência de atenção à saúde no qual, se a Acupuntura não é considerada necessidade básica de saúde, pode ser forma de tratamento constante do serviço de saúde e recurso auxiliar da implementação da atenção à saúde.

Nesse panorama é que está inserida a discussão da terminologia referente às práticas que estamos aqui abordando. A razão de tanta variedade de denominações se deve ao fato de que as entidades a que tais termos querem se referir correspondem a diversas práticas relacionadas à saúde, procedentes de diferentes países, culturas, histórias e tempos. Além do mais, fica difícil o agrupamento de todas essas práticas em uma mesma denominação porque, apesar de terem pontos de aproximação entre si, são, ao mesmo tempo, tão heterogêneas e em grande parte não-explicáveis pelos padrões científicos. Em outras palavras, a cultura científica, com seus padrões muitas vezes restritivos, tem se deparado com procedimentos e visões de mundo e de saúde com os quais não consegue lidar em sua totalidade e que também não consegue definir ou categorizar segundo seus próprios padrões. Do mesmo modo, o momento

em que nos encontramos em nosso país, ou seja, no qual duas das antes denominadas práticas não-convencionais ou alternativas, a Acupuntura e a Homeopatia, são hoje reconhecidas como especialidades médicas, torna esse grupo mais heterogêneo ainda. Assim, parece mais fácil para a sociedade em geral e a científica, em particular, pautadas pelo paradigma positivista, aglutinar, sob a mesma denominação, entidades que, embora apresentem similaridades, não são sinônimas. Dessa forma, a mesma designação pode ter significados diversos, na dependência dos sujeitos envolvidos e das situações em que se apresentem.

Essa confusão de denominações, na qual se encontram envolvidas a Medicina Tradicional Chinesa e a Acupuntura, pode produzir várias consequências. Por um lado, o fato de a Acupuntura ser considerada alternativa oferece um aumento da procura pelos que não se sentem totalmente satisfeitos com a medicina convencional, aumentando a reserva de mercado e levando à possibilidade de um maior número de pacientes poder se beneficiar desse tratamento. Por outro lado, o aumento de procura e a confusão na denominação e na delimitação de campo de ação podem levar ao aproveitamento oportunista dos que se atribuem a propriedade de exercer atendimento pertinente ao médico. De fato, não é pequeno o número de “cursos” que oferecem (pseudo)formação em Medicina Chinesa/Acupuntura a pessoas não-médicas, vendendo-lhes (caro) a ilusão de poderem praticar ato médico e colocando em risco os indivíduos que possam se submeter a esses “tratamentos”. Portanto, não é de secundária importância que nos empenhemos no sentido de clarear os termos de denominação que aqui discutimos e em esclarecer e divulgar que a Acupuntura é uma especialidade médica, da mesma forma que o são a Cardiologia, a Pediatria, a Cirurgia, a Homeopatia, a Neurocirurgia e as demais especialidades médicas, que totalizam 53, até o momento.⁵ Nesse contexto, é essencial e urgente a normatização e a legislação da Acupuntura como ato médico, nas quais as sociedades representativas vêm trabalhando.

⁵Informação on-line em: www.cfm.org.br, em 10/7/2007.

Assim, até a presente ocasião, denomina-se genericamente medicina não-convencional ou alternativa o conjunto composto por duas especialidades médicas e diversas práticas relacionadas à saúde que se encontram em momentos diferentes do processo de integração ou não à medicina convencional. Parece-nos que tal composição tem caráter temporário, uma vez que, no decorrer do tempo, vai se estabelecendo o que é e o que não é especialidade médica.

Cabe ressaltar que, em que pese ser a Acupuntura especialidade médica reconhecida e regulamentada pela sociedade representativa dos médicos, é fundamental que os especialistas em Acupuntura exerçam a especialidade com a preocupação de manter os princípios da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, bem como preservando os preceitos da boa prática médica.

Existem abordagens baseadas na medicina científica que tentam explicar o modo de ação da Acupuntura, fato que, se, de um lado, é importante para elucidar e aprofundar os estudos da Acupuntura, de outro traz o risco de limitar a explicação do seu modo de ação aos padrões de modelos experimentais biomédicos.

Toda explicação em bases científicas que se possa dar para a Acupuntura não nos deve fazer perder de vista o caráter abrangente de seus fundamentos, cujos pressupostos são de que o homem é constituinte do Universo, com ele interagindo. Dessa forma, o indivíduo tem determinada sua situação de harmonia ou desarmonia na dependência de fatores da natureza e do meio, com os quais, portanto, ele deve estar em equilíbrio para que se encontre saudável (IORIO, 2004).

1.5. PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA CARECEM DE FORMAÇÃO EM MEDICINA TRADICIONAL

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) constituiu um grupo de estudo para discutir e traçar objetivos a fim de garantir qualidade nos programas de educação acadêmica em medicina tradicional. A estratégia regional para a medicina tradicional, no Pacífico Oeste, indicou a necessidade de estabelecer padrões apropriados para as práticas e produtos da medicina tradicional. O grupo de trabalho recomenda que se promova educação e treinamento de medicina tradicional nas escolas de medicina e em outros estabelecimentos educacionais. Sugere também que se implemente educação e treinamento em medicina tradicional em universidades e outros estabelecimentos educacionais, com estratégias regionais, e assinala a importância de que os profissionais de saúde entendam a medicina tradicional usada pelos pacientes, porque muitos se utilizam das duas formas de medicina. Além disso, os capacitados nos programas de medicina tradicional devem estar habilitados para participar de modernos ambientes de saúde.

O grupo de trabalho concluiu que, nos programas de Saúde Pública, existe carência de educação em medicina tradicional e que, com a globalização do ensino da medicina tradicional, é importante desenvolver um corpo acadêmico e um material curricular adequados. Esses recursos devem proporcionar capacitação em medicina tradicional a ser exercida em ambiente moderno de atenção à saúde, com treinamento em áreas relevantes de importância em Saúde Pública.

Outra recomendação importante foi a de assegurar que a formação em medicina tradicional mantenha sua sólida cultura e os princípios da *filosofia* (grifo nosso) da medicina tradicional, além de garantir uma experiência de aprendizado de alta qualidade. Segundo DALLAPORTA (2000), uma reabertura para as tradições representa, para o ser humano, um retorno para aspectos fundamentais da vida que são atualmente negligenciados.

O referido grupo de trabalho chegou a importantes conclusões no âmbito da Saúde Pública. Com base nas capacidades requisitadas de segurança e efetividade das práticas de medicina tradicional em um cenário multidisciplinar de atendimento de saúde, um modelo integrativo, com ênfase em medicina baseada em evidências, foi recomendado para o programa de medicina tradicional.

Relativamente à área do conhecimento, o grupo de trabalho estabeleceu objetivos referentes ao ensino de medicina tradicional na graduação de medicina, considerando que devem conter conhecimento multidisciplinar. O currículo deve incluir estudo da filosofia e da teoria da medicina tradicional, assim como ciências biológicas, comportamentais e sociais em nível suficiente para o aluno entender as bases das práticas gerais de saúde e para incorporar as vantagens do conhecimento em suas atividades profissionais no futuro. Também deve abranger conhecimentos dos princípios de Saúde Pública, educação em saúde, prevenção de doenças, amenização de sofrimento e deficiências, reabilitação e cuidado de pacientes terminais. Do mesmo modo, precisam ser contemplados os fatores culturais e sociais que afetam as relações humanas e a psicologia do bem-estar dos pacientes e de suas famílias, bem como as interações entre seres humanos e seu ambiente social e psicológico. Além disso, foram considerados fatores relacionados aos sistemas de prestação de serviços de saúde e seus custos, assim como meios de atingir as necessidades do atendimento da saúde nas comunidades menos favorecidas.

Assim, para poder responder apropriadamente às necessidades de atendimento de saúde, o curso de medicina tradicional deve ter métodos efetivos de comunicação e recepção de opiniões dos praticantes da medicina tradicional, dos trabalhadores da saúde e dos pacientes do serviço de saúde da comunidade.

Finalizando, ainda de acordo com o mesmo grupo de trabalho, em termos de desenvolvimento da qualidade do ensino, a contribuição das teorias da medicina tradicional no currículo deve ser adaptada à evolução científica, tecnológica e clínica, assim como às necessidades de saúde da sociedade. Foram também estabelecidos padrões básicos de interação com a área de

saúde, entre os quais os setores governamentais, instituições de pesquisa médica e organizações locais, para atuar na promoção de saúde e na prevenção de doenças (WHO, 2004).

Embora o quadro anteriormente delineado tenha sido elaborado para países do Hemisfério Norte, é possível afirmar que as recomendações que aí se encontram, bem como as diretrizes traçadas, podem, com as ponderações e modificações cabíveis, ser consideradas na discussão da situação da medicina complementar em nosso país, particularmente no caso da Acupuntura.

1.6. ACUPUNTURA: ABORDAGEM MÉDICA DE CARACTERÍSTICA HOLÍSTICA

Ocorre atualmente uma grande procura por atenção médica de característica holística, denominada não-convencional (JONAS e LEVIN, 2001; KLAUS et al., 2001 e NIH, 1998), refletindo alterações nos valores e nas necessidades da sociedade, sendo crescente a demanda por tratamento por Acupuntura, que tem origem na Medicina Tradicional Chinesa.

Um maior contingente de médicos vem se conscientizando da limitação do alcance da medicina convencional, tanto no que diz respeito à explicação do adoecimento e dos processos de manutenção da saúde, como no que se refere à prática médica, em termos diagnósticos e terapêuticos.

Ao mesmo tempo em que é uma ciência avançada, a Medicina é também incompleta no modelo atual, que, de artesanal e individualizada que era, passou a privilegiar a parte técnica em detrimento das demais características, ou seja, o aspecto humano e a arte de curar. No atual modelo, o médico perde muitas vezes a percepção do contexto, da totalidade.

Segundo RANDOM (2000), ciência e tradição se complementam e convergem para um mesmo ponto e, pelo menos conceitualmente, há um só todo, uma só origem do conhecimento e a unidade de Oriente e Ocidente.

Para ocorrer o exercício da medicina de modo mais satisfatório, o médico, além de ser tecnicamente competente, deve enxergar o paciente como um todo e estabelecer com este uma relação adequada. A consideração pelo sofrimento e pelas aflições do ser humano vai além da detenção do conhecimento técnico e científico que o médico possa ter. É necessário que o médico seja capaz de apreender a realidade do paciente, de ouvir suas queixas e, além de fazer o diagnóstico da doença, fazer o diagnóstico da pessoa do paciente, o que pode auxiliá-lo no próprio tratamento. Daí a importância de que se reflita e se discuta o modelo biomédico e reducionista prevalente na Medicina em nossa sociedade e de que se estimulem mudanças no processo de formação e especialização dos médicos, com vistas a estabelecer uma ligação médico-paciente mais satisfatória para as reais necessidades dessa relação.

Exercida de forma holística, isto é, abordando o ser humano de forma integrada, a Acupuntura possibilita, ao médico, a visão do paciente como um todo, compatível com o conceito de transdisciplinaridade. A Acupuntura é uma especialidade médica adequada a esse conceito em várias de suas dimensões, entre as quais a da relação médico-paciente.

A abordagem holística é facilitadora para o médico apreender a totalidade do seu paciente. Assim, fica mais fácil, para o paciente, expor a percepção de sua saúde, de sua doença e de sua vida. A abordagem do paciente de forma holística possibilita um maior contato do médico com fatores objetivos e subjetivos de saúde e doença do seu paciente. A partir daí, o processamento desses dados assim obtidos e a conseqüente conscientização do resultado formam o ponto de partida para o estabelecimento do diagnóstico e da conduta médica.

Na nossa visão, o conceito de holismo (CAPRA, 2000a), que é fundamento da Acupuntura, e o conceito da ocorrência dos três pilares da transdisciplinaridade, a saber, a 'complexidade', a 'lógica do terceiro incluído' e os 'diferentes níveis de realidade' (RANDOM, 2000; ALVARENGA et al., 2005), aproximam-se.

A visão holística ou transdisciplinar da saúde abrange as dimensões materiais e energéticas e os aspectos relacionais do ser humano, em contraposição à visão positivista, que se limita à dimensão biológica, o que já é fator amplificador da abordagem.

A relação médico-paciente, que, com base no conceito de 'terceiro incluído' da concepção de transdisciplinaridade, denominamos '*relação transe-médico-paciente*', quando realizada de forma adequada em toda a sua amplitude ou na maior amplitude possível para determinada situação e dado momento, tem a consciência como limite.

O transe é aqui compreendido como 'terceiro incluído', significando transição em um espaço e um tempo, nos quais a interação entre os dois, médico e paciente, dá lugar a uma terceira entidade, a 'relação transicional' (figura 1), da qual resulta a atitude, que corresponde a ações do médico e a ações do paciente.

Entre a consciência médica e a consciência do paciente fica também estabelecido um transe relacional, importante para a intercomunicação de ambos e para que ocorra a percepção de si mesmo e do outro nessa relação.

Isso é particularmente observável nas primeiras fases da consulta médica de Acupuntura, quais sejam, da recepção do paciente pelo médico até o diagnóstico energético, quando inúmeros elementos objetivos e subjetivos são considerados de forma abrangente e se tornam importantes substratos do atendimento médico.

O escopo do tratamento é a cura, o bem-estar, a melhora da qualidade de vida, a harmonia e o equilíbrio. Nas condições ideais, o limite do transe é estabelecido pela consciência do médico e do paciente e pelo inter-relacionamento consciente dos dois.

Portanto, da '*relação transe-médico-paciente*', resulta a consciência que, no ato médico, se caracteriza pela consciência do diagnóstico e da conduta terapêutica. Essa consciência, ao interagir com a consciência do paciente, pode ter caráter transformador na saúde do paciente.

Figura 1: Esquema da relação médico-paciente como '3° incluído' num contexto de 'Complexidade' e 'Diferentes Níveis de Realidade'

A percepção do médico e a percepção do paciente estão na dependência de fatores científicos, técnicos, operacionais, culturais e sociais, assim como de fatores de ordem pessoal que possam interferir na relação intersubjetiva. Dessa relação, vai se originar a atitude, que corresponde a ações do médico e a ações do paciente.

Assim, o subjetivo, o sutil e o subconsciente são elementos que se agregam aos elementos objetivos, numa complementaridade que resulta no ato médico consciente e responsável, sendo base para a competência, a habilidade técnica e científica e a prudência da atitude do médico com seu paciente. A este, por seu turno, em virtude do estabelecimento da relação com o médico em tais moldes, é favorecida uma tomada de consciência de sua situação de saúde de maneira mais abrangente e, também assim, ao participar mais concretamente da relação médico-paciente, é possível assumir papel decisivo em seu próprio cuidado.

A abordagem propugnada pela Medicina Chinesa/Acupuntura com base em um referencial holístico, ou seja, que dê conta de toda complexidade do ser humano no processo saúde-doença e que valorize os dados subjetivos do doente, possibilita, ao médico, uma melhor compreensão do paciente e da doença, concorrendo para maior adequação diagnóstica e terapêutica.

É essencial o médico conhecer aspectos relativos à vida do paciente, assim como seus hábitos, suas preferências, suas dificuldades e suas facilidades, e perceber suas reais necessidades, o que pode contribuir para um melhor conhecimento do doente, num maior acerto diagnóstico e facilitação do próprio tratamento e da adesão ao tratamento.

A Acupuntura pode proporcionar um resgate da medicina holística, lembrando que a medicina ocidental antiga, da época de Hipócrates, por ser essencialmente clínica, percebia os vários aspectos do adoecimento da pessoa e tinha, por objetivo, tratar os males do corpo e da alma.

Na Acupuntura, o raciocínio clínico é muito valorizado e a intersubjetividade da relação tende a ser mais enfatizada, sendo a medicina exercida de modo artesanal e ficando o médico mais próximo daquele modelo dos primórdios da medicina hipocrática.

No método clínico, com base nos sintomas e sinais do paciente, conhecidos por intermédio da história e do exame físico e por meio do raciocínio clínico, o médico é capaz de estabelecer um diagnóstico e traçar uma conduta terapêutica, determinando uma prática médica de caráter individual e altamente resolutiva. O método clínico da Medicina Chinesa tem característica holística, avaliando aspectos de equilíbrio entre matéria e energia do indivíduo inserido em seu meio.

Com base em uma abordagem holística do paciente, é possível, para o médico, fazer um diagnóstico mais completo, desvelando aspectos da doença que a contemporânea medicina ocidental, fragmentada, altamente especializada e tecnológica, não consegue contemplar.

Na concepção holística, os processos diagnóstico e terapêutico podem ser compartilhados com o doente em uma relação mais humanizada, na qual médico e paciente têm importância em suas particularidades de corpo, mente e espírito no contexto socioeconômico e ecológico em que estão inseridos.

1.6.1 A Formação do Médico-Aluno de Acupuntura

"O aprendizado é como o horizonte: não há limites."

Já em 1998 ASTIN et al. realizaram uma revisão de literatura, observando que entre 30 a 50% da população adulta dos países desenvolvidos usavam alguma forma de medicina complementar e alternativa para prevenir ou tratar uma variedade de problemas de saúde. As cinco terapias mais utilizadas foram: Acupuntura, Quiropraxia, Homeopatia, Fitoterapia e Massagem. A Acupuntura teve a maior proporção observada de encaminhamentos de médicos (43%), sendo que 51% deles acreditavam na eficácia desse tipo de tratamento. Os autores concluíram que um expressivo número de médicos não só acredita que algumas formas de medicina complementar e alternativa sejam úteis ou eficientes, como também pratica alguma dessas terapias ou encaminha pacientes para tratamento por medicina complementar e alternativa.

A Acupuntura é um componente da Medicina Chinesa que consiste em um método terapêutico muito antigo, baseado na estimulação de pontos do corpo com finas agulhas de metal. Suas raízes e bases teóricas encontram-se nos antiquíssimos textos clássicos chineses, como o '*Hwang Ti Nei Jing*', livro do Imperador Amarelo, escrito por volta de 700 anos a.C., que chegou aos nossos dias em diversas traduções. Segundo WANG (2001), o livro do Imperador

Amarelo é um de 'Os Três Pináculos', os livros dos três sábios nos quais a Medicina Tradicional Chinesa está baseada.⁶

A Medicina Tradicional Chinesa obedece aos preceitos das concepções que são seus pilares, a saber: princípios do *Yang/Yin* (figura 2) e dos 'Cinco Elementos', ou 'Cinco Movimentos' (figura 3), e os conceitos de energia (*Qi*) e sangue (*Xue*) que circulam nos Meridianos ou Canais de Energia, promovendo o fluxo harmônico de energia para os *Zang Fu* (Sistema de Órgãos e Visceras) e distribuindo energia apropriadamente para a matéria e a ligação dos *Zang Fu* com a pele e com o meio externo ao corpo, por intermédio dos Pontos de Acupuntura (MORANT, 1972; SHANGAI COLLEGE OF TRADITIONAL MEDICINE, 1996; YAMAMURA, 2001a). Existem também os conceitos de *Jing* (Essência), *Shen* (Espírito) e *Jin Ye* (Líquidos Orgânicos), fundamentais na Medicina Tradicional Chinesa.

Figura 2. Símbolo de *Yang/Yin* em equilíbrio.

A parte branca do esquema corresponde ao aspecto *Yang* e a preta, ao *Yin*.

⁶ Wang B. Princípios de medicina interna do imperador amarelo. São Paulo: Ícone; 2001.

Figura 3: Esquema do Sistema de *Zang-Fu* (Órgãos e Visceras) da Medicina Chinesa e suas relações com o princípio dos “Cinco Movimentos”.

A Água é o início e o fim. A Madeira representa o crescimento, o movimento. O Fogo cresce e se expande; é o desenvolvimento. A Terra é a transformação. O Metal representa purificação, separação.

As setas de traço cheio indicam geração, ou seja, um movimento gera o seguinte. O contrário disso é chamado de inibição. Já as setas de traço interrompido dizem respeito à dominância, ou seja, um movimento domina o que vem depois daquele que ele gerou. O contrário disso é a contradominância.

O desequilíbrio nos 'Cinco Movimentos' acarreta desequilíbrio no *Yang/Yin* e vice-versa, sendo causa de doenças. As cores são as correspondentes a cada um dos movimentos. Também estão anotados os sabores, as emoções, as Energias Celestes (Frio, Vento, Calor, Umidade e Secura) e as estações do ano correspondentes a cada movimento.

Os nomes dos *Zang Fu* em português vêm acompanhados de seus respectivos equivalentes em chinês. As demais estruturas assinaladas são as "cuidadas" por cada um dos movimentos, por cada um dos *Zang Fu*.

Com base em ROSS, 1994; SHANGAI COLLEGE OF TRADITIONAL MEDICINE, 1996; YAMAMURA, 2001a; MACIOCIA, 2007.

Todos os fenômenos que ocorrem na natureza existem de acordo com as leis do *Yang/Yin* e dos 'Cinco Movimentos'.

A Medicina Chinesa propõe-se a compreender o homem como parte da natureza, interagindo com esta de acordo com os princípios da dualidade dinâmica *Yin/Yang* e da concepção dos 'Cinco Movimentos'. Todas as estruturas e funções do organismo encontram-se originalmente em equilíbrio pela atuação das energias *Yin* e *Yang*.

Yang e *Yin* são dois aspectos opostos de um mesmo fenômeno, são interdependentes, apresentam consumo mútuo e transformam-se um no outro. Como exemplos de *Yin* e *Yang* na natureza, *Yang* se refere a calor, alto, atividade, dia, claro, subida, expansão, positivo e masculino, enquanto *Yin* diz respeito a frio, baixo, repouso, noite, escuro, descida, retração, negativo e feminino (SHANGAI COLLEGE OF TRADITIONAL MEDICINE, 1996; YAMAMURA, 2001a).

Como exemplos no ser humano, *Yang* envolve a parte alta do corpo, a superfície externa, a parte dorsal, a mente (em contraposição ao corpo), a função dos órgãos, a agitação, a insônia e o rubor facial. Como exemplos de *Yin*, temos a parte baixa do corpo, o interior do corpo, a parte ventral, o corpo (em contraposição à mente), a estrutura dos órgãos, a apatia, a sonolência e a palidez (SHANGAI COLLEGE OF TRADITIONAL MEDICINE, 1996; YAMAMURA, 2001a).

O desequilíbrio nos 'Cinco Movimentos' acarreta desequilíbrio no *Yang/Yin* (e vice-versa), sendo causa de doenças (SHANGAI COLLEGE OF TRADITIONAL MEDICINE, 1996; NONG, 1999; YAMAMURA, 2001a; NGUYEN et al., 2003).

A Medicina Chinesa considera como fatores de adoecimento a compleição debilitada, os fatores inatos que dependem da saúde dos pais, as causas internas (emoções reprimidas), as causas externas, tais como alimentos, hábitos e estilos de vida inadequados, os fatores do meio ambiente (físico, emocional, familiar e sociocultural), eventuais traumas, parasitas e venenos, a poluição ambiental, os tratamentos inadequados, as doenças, e o excesso de atividade física e de trabalho, entre outros (ROSS, 2003). O processo de

adoecimento inicia-se com alteração energética e, no decorrer de um tempo variável, com inúmeros fatores, evolui para alteração funcional e, posteriormente, para alteração orgânica dos *Zang Fu* e das estruturas envolvidas em cada caso específico.

À concepção energética soma-se o conceito da fundamental influência dos fatores emocionais no estabelecimento de equilíbrio ou desequilíbrio energético da pessoa, sempre obedecendo aos princípios listados anteriormente.

O desequilíbrio pode ocorrer por padrões de excesso e padrões de deficiência, traduzindo-se por mau funcionamento das estruturas do organismo, podendo, se não for tratado, levar até ao esgotamento de energia *Qi* (SHANGAI COLLEGE OF TRADITIONAL MEDICINE, 1996; YAMAMURA, 2001a; MACIOCIA, 2007).

As alterações que causam adoecimento podem ser devidas a perturbações de *Qi* e de *Xue*, que se manifestam nos *Zang Fu* e/ou nos *Jing Luo* (Meridianos ou Canais de Energia) que promovem a circulação de *Qi* e *Xue* no organismo. Das situações de desequilíbrio ainda se originam as Síndromes de acordo com os 'Oito Princípios': Exterior e Interior, Calor e Frio, Excesso e Deficiência e *Yang/Yin*. (ROSS 1994; NONG, 1999; SHANGAI COLLEGE OF TRADITIONAL MEDICINE, 1996; YAMAMURA, 2001a; MACIOCIA, 2007).

Esses conceitos, ao mesmo tempo em que são complexos, são bastante inclusivos, proporcionando análise e classificação da totalidade dos fenômenos naturais, entre os quais os que dizem respeito ao ser humano.

Conforme dissemos anteriormente, na Medicina Chinesa, o diagnóstico do paciente é estabelecido por critérios de observação, de interrogatório, de palpação (incluindo aqui a pulsologia), de auscultação e de olfação (MACIOCIA, 2007), sempre com base nos princípios do *Yang/Yin* e dos 'Cinco Movimentos'. É muito extenso o tema diagnóstico na Medicina Chinesa, mas destacamos aqui alguns aspectos do exame da face, do exame da língua e da pulsologia.

No exame da face, observam-se a coloração, o estado de hidratação e a presença de pápulas, máculas, inchaços e alterações vasculares, entre outras. Em seguida, esses achados são relacionados com os *Zang Fu*. Ao notarmos, por exemplo, áreas esverdeadas na região ao redor da boca, pensamos em alteração do *Gan/Fígado*; a tez amarelada relaciona-se com o mau

funcionamento do *Pi*/Baço-Pâncreas; um *Xin*/Coração ansioso pode relacionar-se a uma face vermelha e assim por diante.

A língua é o broto do *Xin* (Coração), que é o 'Imperador dos Órgãos' e por meio de seu exame o médico acupunturista obtém elementos fundamentais para o diagnóstico energético da pessoa. Nela está representado todo o organismo com os *Zang Fu*. Dessa forma, importam os aspectos de revestimento da língua, de suas dimensões, de sua coloração e de inchaço ou retração, assim como marcas de dentes, sulcos, aparência das papilas gustativas e assim por diante.

O exame do pulso é extremamente complexo, com um grande número de variações, e possibilita a avaliação de *Qi* e *Xue* e dos *Zang Fu* e do estado de energia do corpo.

Nesse contexto, lançando mão da avaliação energética, é possível, ao médico acupunturista, ter uma visão ampliada dos dados que o paciente apresenta. A história do doente, abordada principalmente com a ponderação de aspectos emocionais e de elementos do exame físico considerados na Medicina Chinesa, pode parecer estranha para o médico convencional. Para o médico acupunturista, no entanto, essa abordagem fornece dados sobre o estado energético do paciente como um todo e, em particular, de seus órgãos internos. Diante de um quadro detalhado do estado de equilíbrio energético do indivíduo, é factível, ao médico acupunturista experiente e bem treinado, não só estabelecer diagnóstico e traçar conduta terapêutica, mas também determinar o prognóstico. Vale ressaltar que, por se tratar de medicina de abordagem energética, esse processo pode ocorrer de modo mais precoce do que o da medicina de base biomédica e, portanto, pode ter maior alcance, tanto curativo como preventivo e prognóstico, com chances de ampliar, junto com o exercício da medicina convencional, a resolubilidade da ação do médico.

Na dependência do sistema utilizado para a avaliação do doente, a sistematização dos diagnósticos pode acarretar denominações diversas, tais como 'Síndrome de Deficiência de *Qi*', 'Síndrome de Estagnação de *Xue*', 'Hiperatividade do Fogo do Coração', 'Invasão do *Pi* por Frio-Umidade',

'Estagnação do *Qi* do *Gan* e 'Síndrome da Obstrução Dolorosa', entre outras (NONG, 1999; MACIOCIA, 2007).

Em cada caso específico, na dependência do diagnóstico, é estabelecido o esquema de tratamento. Um conjunto de pontos de Acupuntura, de tipos de agulhas de várias dimensões e de possibilidades de manipulação de agulhas é escolhido com base nos critérios e achados diagnósticos até agora relatados. A periodicidade e o número total de sessões, quando for possível esta última previsão, são também estabelecidos. No decorrer do tratamento, repete-se sempre que necessário a avaliação energética do paciente.

O efeito das agulhas também pode ser ampliado com o emprego de eletroacupuntura. É possível ainda fazer a estimulação de pontos de Acupuntura por meio de moxabustão, laser de luz fria, moxa elétrica, luzes coloridas (cromopuntura), injeção de substâncias e ervas e técnicas de sangria. Existem também variações do tratamento por Acupuntura, como as modalidades auricular (na orelha) e escalpeana (no couro cabeludo).

Diversas técnicas da Medicina Chinesa podem ser empregadas juntamente com a Acupuntura ou isoladamente. A de uso mais freqüente em nosso meio é a moxabustão, que consiste em um bastão, feito geralmente de erva artemísia, que se queima próximo aos pontos de Acupuntura para regularizar a atividade fisiológica do corpo. A moxa tem a tendência a mobilizar rapidamente o *Qi* (AUTEROCHÉ, 1996).

Existem outros métodos descritos e utilizados com freqüência variada, na dependência da preferência e da experiência de cada médico. Esses métodos se valem dos seguintes recursos: ventosa, agulha epidérmica, agulha intradérmica, martelo de sete pontas, bastão de metal (que pode ser usado para realizar pressão nos pontos de Acupuntura, a acupressão), pequenas sementes e esferas de metal ou cristal e agulha triangular (AUTEROCHÉ, 1996; YAMAMURA, 2001a).

Não só a Acupuntura, mas também o exercício físico, as ervas, os alimentos, a massagem e a meditação compõem os recursos da Medicina Chinesa. Evidentemente, todos os métodos e as técnicas apresentam indicações e contra-indicações.

O recurso das ervas chinesas, em que pese ser amplamente desenvolvido e empregado na China, com utilização que ultrapassa em números o uso da Acupuntura, em nosso meio é ainda muito restrito.

O tratamento por Acupuntura visa à promoção do fortalecimento e da mobilização da energia do corpo e também à eliminação de fatores patogênicos de toda sorte.

Do ponto de vista da ciência convencional, o mecanismo de ação da Acupuntura não está ainda satisfatoriamente elucidado. Evidências sugerem que o estímulo dos pontos de Acupuntura é transmitido por via nervosa e por via humoral⁷, com a participação de substâncias transmissoras que envolvem o sistema nervoso autônomo e o sistema nervoso central (SMITH, 1992; WHITE, 2001b; YAMAMURA, 2001a, 2002; HAN, 2005; POMERANZ, 2005; WHO, 2005). No processo de investigação e no esforço de comprovação do mecanismo de ação da Acupuntura, vários níveis de pesquisa são realizados em vários locais do mundo, em geral, e de modo importante no nosso país. Para tanto, os pesquisadores utilizam-se de diversos modelos de pesquisa, desde os mais simples e consagrados, como o uso de animais de laboratório (SMITH, 1992; YAMAMURA, 2002; POMERANZ, 2005), passando pela pesquisa clínica (YAMAMURA, 2002; EZZO et al., 2005), até o emprego de métodos mais sofisticados de tecnologia avançada, como é o caso da ressonância magnética funcional (CHO et al., 2005).

Em termos de formação médica, o estudo da Acupuntura relaciona-se com as áreas básicas do conhecimento médico, entre as quais a anatomia, a fisiologia, a neurologia, a bioquímica e a imunologia, espectro que pode ser ampliado de acordo com a compreensão que se possa ter e buscar com a ação da Acupuntura.

Como exemplo, podemos citar que as correlações dos fenômenos que ocorrem entre corpo e mente com a aparentemente complicada teoria dos *Zang Fu*, sob a luz dos “Cinco Movimentos”, podem ser compreendidas com a utilização dos atuais conhecimentos de neurociências. Acostumados que estamos às explicações científicas, à busca de causa e efeito e à medicina baseada em

⁷ Referente à matéria líquida do organismo.

evidências, pode tornar-se mais fácil compreender a concepção da Medicina Tradicional Chinesa dos Cinco Movimentos aplicada aos órgãos do nosso organismo quando fazemos a sua correlação com o funcionamento das estruturas nervosas e funções encefálicas e das demais estruturas do corpo (YAMAMURA, 2001a).

Na formação do médico, em geral, e no nosso caso, em particular, do médico acupunturista, é patente que, além de sólida formação alicerçada em conhecimentos técnicos e científicos da medicina convencional e do conhecimento específico de Acupuntura, é pertinente afirmar que devem ser proporcionados ensino e educação em todos os aspectos relacionados à saúde, tendo em vista o que discutimos até o momento na presente tese. Dessa forma, a abordagem de aspectos éticos e sociais, entre outros, pode ser considerada como item importante da formação do médico acupunturista. Isso posto, parece-nos oportuno aqui retomar a discussão da nossa visão da relação da Acupuntura com a transdisciplinaridade.

A Acupuntura é a transdisciplinaridade do médico com o paciente, do binômio médico-paciente com as especialidades e com os outros médicos, do médico com ele mesmo, do paciente com ele mesmo, do médico e do paciente com o meio e do médico e do paciente com as dimensões física, biológica, mental, espiritual e social.

ALVARENGA et al. (2005) consideram que, “notadamente para o campo da saúde pública e coletiva, independentemente das perspectivas teórico-metodológicas que seus pesquisadores adotem, quer na área da pesquisa, quer na área da educação/formação, assumir, em seus trabalhos, uma ‘atitude’ pluri, inter ou transdisciplinar, que se aproxime de uma reflexão crítica diante do paradigma da simplificação e da fragmentação que nela opera, passa a representar um avanço”. Os autores consideram que a adoção de uma nova visão com características pluri, inter e transdisciplinares pode abrir caminho na direção de uma linguagem científica mais abrangente, com maior aproximação do objeto de trabalho. Eles acrescentam que tal atitude, se assumida por profissionais da área biomédica, poderia reorientar o avanço do conhecimento científico “numa nova direção, no sentido da construção de uma nova ciência

moderna que coloque os benefícios de seu conhecimento realmente a serviço do homem" (ALVARENGA et al., 2005; p. 27).

De acordo com PAUL⁸, "a transdisciplinaridade não deve ser entendida como um absoluto, que tem resposta para tudo. Ela oferece simplesmente a possibilidade da elaboração de um novo modo de representação, mais adequado aos desafios da complexidade da sociedade". O autor afirma que a ciência moderna e a concepção holística devem coexistir e poder se comunicar "no paradoxo de um modelo transdisciplinar", situação que interessa para a saúde pública e para a relação entre a medicina convencional e a medicina dita alternativa.

Tal relação, se bem que possa ser dificultada devido aos diferentes paradigmas envolvidos, não é impossível de ocorrer. De fato, uma relação assim complexa pode ser catalisadora de possibilidades de ações com vistas à resolução de problemas de saúde originados na complexidade da sociedade contemporânea. Se a Medicina Chinesa/Acupuntura, por sua essência holística, é compatível com a concepção transdisciplinar no atendimento à saúde do indivíduo, a transdisciplinaridade cristaliza-se no amálgama da relação médico acupunturista-paciente de Acupuntura, que é 'transe', é o terceiro incluído. Não é mais só o paciente ou só o médico; na relação entre os dois fica configurada uma terceira entidade, com componentes objetivos e subjetivos, modificáveis em maior ou menor escala no processo da consulta médica.

Essa concepção contempla o ser humano em seus aspectos físicos, biológicos, mentais e espirituais, nas suas relações consigo mesmo, e nas relações interpessoais e com o ambiente físico e social. O paciente que procura o médico acupunturista tem expectativa desse atendimento de caráter transdisciplinar.

Será que, de alguma forma, a humanização da relação médico-paciente pode diminuir a qualidade técnica e científica do atendimento, prejudicando a boa prática clínica? A nosso ver, não. Pensamos que a relação médico-paciente pode, de fato, ser enriquecida com a aproximação emocional entre médico e

⁸ Patrik Paul. Conferência realizada em 30 de setembro de 1998, na Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, Brasil.

paciente, preservando-se a boa prática médica com competência e compaixão em doses adequadas.

No âmbito da Saúde, esse modelo de formação de médico deve ser iniciado no decorrer do curso de graduação em medicina. Nesse período é que se deve começar a discussão dos aspectos científicos e humanísticos componentes da relação médico-paciente.

Também é importante que se implante e implemente o estudo da abordagem qualitativa do paciente. Paremos um momento aqui para pensar sobre o que é a consulta médica, se não uma propícia e rica ocasião para o desenvolvimento da abordagem qualitativa? Durante a consulta, existe a oportunidade de o médico ouvir a história de vida do doente, sua história oral, e compreender seus significados.

O médico tem condição de promover o desenvolvimento de toda essa situação sem abrir mão do que a Ciência oferece em termos de conhecimento e tecnologia. Ao contrário, ao travar contato com a história e a sintomatologia do paciente e estando treinado na metodologia qualitativa em alguma medida, o médico conta com melhores condições de ampliar as possibilidades diagnósticas e de discernir quais exames subsidiários são mais adequados e a terapêutica mais indicada para cada paciente, em cada momento particular.

O médico deve chamar para si a aproximação humanizada com o paciente. Deve ser médico de corpo e alma. É nessa integração que se dá a transdisciplinaridade da relação médico-paciente, cujos fundamentos podem ser desenvolvidos no decorrer da formação do médico acupunturista.

1.6.2. Acupuntura, Disciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade na Sua Relação com a Saúde Pública

Para explicar o mecanismo de ação da Acupuntura, além dos conhecimentos das ciências biológicas, os acupunturistas têm recorrido aos ensinamentos da Física (YAMAMURA, 2002). Nesse aspecto, há considerações bastante interessantes, como anotado a seguir.

A agulha de Acupuntura é constituída por cabo e corpo e apresenta uma ponta, podendo ter vários comprimentos e diâmetros. O cabo deve ser de alumínio ou cobre e o corpo, de aço inoxidável. Existem outras agulhas feitas com um único metal ou mesmo agulhas com cabo de plástico, porém não são tão adequadas porque não geram potencial elétrico suficiente para a ação da Acupuntura. A Física ensina que dois metais diferentes geram potencial elétrico e que este se dirige sempre para as pontas, nas quais se concentra. Além dos dois metais, há o efeito das ondas eletromagnéticas no local físico onde o paciente se encontra. Observa-se ainda que os valores do potencial elétrico são variáveis, aumentando em agulhas mais longas e mais grossas.

O poder da agulha está principalmente nas ondas eletromagnéticas por ela captadas e transformadas em onda elétrica que se propaga no corpo. Medições efetuadas com osciloscópio de raios catódicos mostraram que a diferença de potencial entre os dois extremos da agulha é da ordem de 1.800 mV (YAMAMURA, 2001a). Quando se segura a agulha, a carga elétrica é transmitida por meio dos dedos para sua ponta e chega a 140.000 mV. Então, quando se introduz a agulha no indivíduo, também são introduzidos 140.000 mV em seu organismo, o que promove não só a lesão tissular, mas também efeito elétrico. Isso não ocorre, por exemplo, com a introdução, na pele, de uma farpa de madeira, quando se obtém somente efeito mecânico (lesão tissular). O efeito elétrico pode ser ampliado com o uso de eletroestimulação, variedade de tratamento bastante utilizada em terapia de dor e em aplicação estética.

Existem esforços concretos para proceder à investigação científica baseada em evidências dos resultados do tratamento por Acupuntura, o que, a nosso ver, deve ser bastante discutido e também é muito discutível, devendo ser feito com bom senso e respeito à diversidade. Essa consideração se justifica porque se trata, aqui, de uma realidade complexa, com fundamentos diversos dos da medicina científica, não se podendo reduzir a Medicina Tradicional Chinesa e a Acupuntura aos parâmetros estritos da ciência ocidental atual.

A Acupuntura se relaciona às Ciências Sociais e à Antropologia porque é um de seus fundamentos a consideração das relações do homem com seu meio amplamente considerado, em uma abordagem holística.

Essa abordagem, que também pode ser entendida como transdisciplinar, é característica da Acupuntura e favorece, ao médico acupunturista, o exercício da medicina com abordagem mais abrangente e generalista, na qual o componente humanista é fundamental, fato que, em se tratando de Saúde Pública, é essencial para a satisfação do paciente e para a obtenção de melhores resultados, contribuindo para a fidelização da clientela.

Neste aspecto, PAUL (1998)⁹ afirma que a arte médica não provém apenas da competência técnica e científica do médico, mas a medicina da saúde pública é confrontada com um questionamento bem diferente, pois sua ação também diz respeito à sociedade. Assim, os problemas colocados pela saúde pública não são da mesma ordem daqueles do exercício médico geral ou especializado, mesmo se houver integração entre eles. A função do médico de saúde pública se situa na intersecção entre indivíduo e coletividade, entre as leis físico-biológicas e as leis socioculturais, o que o conduz a abordar o conceito de saúde de maneira muito mais ampla do que a simples prática médica. A atuação desse médico ocorre com sua integração aos diversos campos do saber e da técnica, quais sejam, o econômico, o ecológico, o social, o cultural, o estatístico, o administrativo, o epidemiológico e o antropológico, entre outros, o que o configura como um médico com características pluri e interdisciplinares, reflexão que conduz à concepção de transdisciplinaridade. Esse conceito surge das próprias insuficiências e deficiências do tratamento preconizado segundo o

⁹ Paul, P. Conferência realizada em 30 de setembro de 1998, na Faculdade de Saúde Pública da USP.

paradigma hegemônico. Para PAUL (1998), o desafio, então, consiste em, diante da multiplicidade de ações que surgem, poder dispor, integrar, coordenar e hierarquizar o conjunto das informações, de maneira a dar sentido e a definir as ações e a sua seqüência.

Se, neste ponto, retomarmos a concepção de saúde pública de TERRIS (1992), que não a restringe aos seus aspectos puramente preventivos, mas concebe uma situação muito mais completa e complexa de saúde-doença, que pode ser considerada nesse campo, é possível correlacionar a saúde pública de forma ampla com a transdisciplinaridade. Com essa visão transdisciplinar, também a Acupuntura pode relacionar-se com a saúde pública de maneira concreta.

1.7. ACUPUNTURA: UMA POSSIBILIDADE DE REINCORPORAR A ARTE DE CURAR À MEDICINA

De acordo com CAPRA (2000b), a medicina moderna perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano, ficando a saúde reduzida a um funcionamento mecânico, não se ocupando mais com o fenômeno da cura, que não pode ser entendido em termos reducionistas, uma vez que geralmente envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana. Resgatar a noção de cura na Medicina significa que a ciência médica terá que modificar sua concepção de saúde e doença, ampliando sua base conceitual e podendo tornar-se mais coerente com as recentes conquistas da ciência moderna.

Embora o sistema de saúde vigente possa não favorecer o estabelecimento de uma relação médico-paciente satisfatória, esta pode ocorrer, na dependência da característica da abordagem que se faça do doente.

A Medicina Chinesa propõe-se a compreender o homem como parte da natureza, interagindo com esta, como já vimos anteriormente, de acordo com os princípios da dualidade dinâmica *Yang/Yin* e da concepção dos 'Cinco Movimentos', que estão em constante inter-relação no sentido de manter o equilíbrio corpo-mente do indivíduo. Segundo YAMAMURA (2001b), o ser humano é considerado como microcosmo integrante do macrocosmo, que é o Universo, de tal forma que os fenômenos que ocorrem na natureza encontram correspondência na fisiologia do corpo humano.

Assim, a saúde e a doença não são vistas como estados estanques, distintos e bem delimitados, mas como uma espécie de amálgama composto de forças mais ou menos determinantes, encontradas tanto no indivíduo como fora dele.

Interessam para a Medicina Chinesa não só os órgãos vistos como estruturas anatômicas e funcionais, mas também seu aspecto energético, o que amplia as funções e as abrangências desses órgãos. Importam também o meio em que o indivíduo se encontra, as condições energéticas de sua vida, nas quais é fundamental o aspecto emocional, e suas preferências com relação a alimentos, cores e sabores. Na avaliação do paciente, segundo a concepção da Medicina Chinesa, tem grande valor a avaliação clínica energética, realizada de forma diversa da que ocorre na medicina convencional. O exercício da Medicina Chinesa pressupõe integração e proximidade nas relações de medicina-doença e de médico-paciente. O indivíduo não é visto somente sob visão microscópica e molecular, mas como integrante do macrocosmo e possuindo nele mesmo uma reflexão desse macrocosmo e com ele interagindo. Assim, para restaurar ou manter a saúde, a Acupuntura age no sentido de restabelecer o equilíbrio da energia interna do indivíduo, que pode ter sido perturbado por fatores internos ou externos, como as emoções reprimidas, a alimentação e fatores vários do meio ambiente, além, é claro, de predisposições individuais.

O tratamento preconizado pela Acupuntura, respeitando os preceitos da Medicina Chinesa, é instituído de modo individualizado para cada paciente, em dada situação. Além da Acupuntura, na dependência de necessidades específicas, também fazem parte do tratamento as orientações relativas a modo e hábitos de vida, alimentação, trabalho, repouso, lazer e outros.

No nosso caso, na UNIFESP-EPM, empregamos o termo Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura porque nossas bases teóricas, os pilares de nossa atuação, são os da Medicina Tradicional Chinesa e nossa prática principal, a técnica proveniente dessa medicina que empregamos com maior frequência, é a Acupuntura.

O termo Acupuntura descreve uma série de procedimentos que envolvem a estimulação de pontos anatômicos do corpo por uma variedade de técnicas, provenientes principalmente da China, do Japão e da Coreia. A técnica mais estudada cientificamente é a realizada com finas agulhas metálicas, que são introduzidas nos pontos de Acupuntura e manipuladas com as mãos ou por meio de estimulação elétrica (Nacional Center for Complementary and Alternative Medicine-NCAM)¹⁰.

Na década de 80, foi iniciado, no Brasil, o pioneiro curso de Medicina Chinesa/Acupuntura, ministrado a médicos pelo Dr. Ysao Yamamura, em São Paulo. De caráter teórico-prático, a iniciativa vem sendo realizada desde então, com a criação de novas turmas a cada ano. Atualmente denominado 'Curso de Desenvolvimento em Medicina Chinesa/Acupuntura', o programa tem duração de 31 meses, em aulas e atividades realizadas no Centro de Pesquisa e Estudo da Medicina Chinesa (Center-AO) e no ambulatório da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), da qual o Dr. Ysao Yamamura é professor titular.

Do primeiro curso originaram-se outros, em vários Estados do Brasil, visando à formação de médicos acupunturistas. Atualmente, há no Brasil 61 cursos¹¹ de Acupuntura para médicos, todos eles reconhecidos pelo Colégio Brasileiro de

¹⁰ <http://nccam.nih.gov/health/acupuncture/index.htm>

¹¹ Informação disponível em www.amb.org.br, em 7/5/2007.

Acupuntura (CBA), uma vez que se trata de um pré-requisito para a prova de titulação de especialistas (TEAc), sendo 17 deles no Estado de São Paulo, entre os quais o curso do Center-AO, referência da presente pesquisa.

Como consequência da expansão da Acupuntura entre os médicos, ocorreu a introdução de seu ensino para estudantes de medicina, na universidade.

O ensino de Acupuntura vem se integrando ao processo de formação médica na Unifesp-EPM. Ligado ao Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade, o ensino de Acupuntura é desenvolvido pelo Setor de Medicina Chinesa/Acupuntura com médicos-alunos do Center-AO e, na graduação, com alunos de graduação em medicina, tanto como disciplina eletiva quanto como disciplina curricular obrigatória no sexto ano médico, do qual participa a autora da presente tese. Os alunos de graduação dispõem também da Liga Acadêmica de Acupuntura. O ensino teórico da Acupuntura é acompanhado da parte prática no Hospital São Paulo, com atendimento a pacientes do SUS no ambulatório e no pronto-atendimento. São atendidos em média, dois mil pacientes por mês no Ambulatório de Acupuntura e cento e cinquenta pacientes por dia no Pronto Atendimento em Acupuntura do Hospital São Paulo.

O setor conta ainda com o Laboratório de Pesquisa Científica em Acupuntura. Além disso, parte da pesquisa da Acupuntura do setor é realizada em conjunto com disciplinas de outros departamentos da universidade.

Um estudo realizado com estudantes de medicina da Unifesp que tiveram ensino de Acupuntura em uma dessas oportunidades revelou que a Medicina, na visão dos entrevistados, é uma só, fusão de ciência e arte de curar, sendo exercida por homens e mulheres no cuidado de outros homens e mulheres, na busca por melhor compreensão e cuidado do ser humano em toda a sua complexidade (IORIO, 2004).

As medicinas chinesa e convencional oferecem diferentes abordagens do paciente, da doença, da interpretação da sintomatologia do doente, do diagnóstico, da terapêutica e dos prognósticos, possibilitando o exercício conjunto dessas duas abordagens e uma aproximação entre médico e paciente

maior do que a que possa ocorrer na prática da medicina apenas de modo convencional.

Dessa forma, vem aumentando em nosso meio a procura pelo aprendizado de Acupuntura por médicos que buscam maior satisfação pessoal no exercício da profissão e na resolubilidade dos problemas de seus pacientes, aspecto que já surge entre estudantes de graduação em medicina (IORIO, 2004).

As indicações da Acupuntura pelos médicos acupunturistas fundamentam-se no diagnóstico ocidental e no realizado com base na Medicina Chinesa.

Em 1979, a Organização Mundial da Saúde adotou uma lista provisória de doenças que podem ser tratadas pela Acupuntura. Apesar de já ter sido revogada e de haver uma outra em processo de elaboração, essa lista é apresentada como forma de registro histórico.

Apresentamos, a seguir, as indicações mais comuns para tratamento por Acupuntura que aparecem nessa lista: sinusite aguda, rinite aguda, resfriado comum, amigdalite aguda, bronquite aguda, asma brônquica, conjuntivite aguda, odontalgia, dor pós-extração dental, gengivites, faringites agudas e crônicas, gastrite aguda e crônica, colites agudas e crônicas, constipação, cefaléias, enxaqueca, neuralgia do trigêmeo, paralisia facial, neuropatia periférica, enurese noturna, neuralgia intercostal, epicondilite lateral (*tennis elbow*), ciática, lombalgia, e artrite reumatóide.

Vale salientar que há muitas outras indicações clínicas de Acupuntura que não estão contempladas na lista da OMS. Assim, YAMAMURA (2001a) explica que a Acupuntura é um método terapêutico que pode ser utilizado nas diferentes fases do adoecimento, quais sejam, estágio energético, estágio funcional e estágio orgânico. Dessa forma, ampliam-se as aplicações da Acupuntura, como descrito em seguida.

No estágio energético do processo de adoecimento, no qual o distúrbio energético se traduz geralmente apenas por sintomas, sem alteração de exames subsidiários, o tratamento por Acupuntura apresenta grande eficácia, com um alto percentual de cura. Apresentamos, como exemplos, os mais

variados tipos de dor, como cefaléias, dorsalgia e cólica menstrual, entre outros. Também ocorre grande eficácia no tratamento de sintomas como adinamia, astenia física ou mental, anorexia e queda de cabelo e em distúrbios neurovegetativos, a exemplo de nervosismo, angústia, labilidade emocional, ansiedade, insônia e deficiência de raciocínio e memória.

Para o tratamento de manifestações no estágio funcional de adoecimento, podemos exemplificar com condições como gastrite, diarreia, distúrbios urinários, alterações da menstruação, infertilidade, bronquite, tosse crônica, distúrbios hormonais, hipertensão arterial, sinovites, tendinite, fibromialgia e deficiência de crescimento ponderoestatural.

Nos estágios mais avançados do adoecimento, ou seja, quando já existe comprometimento orgânico, com alterações visíveis nos exames anatomopatológicos, a Acupuntura é empregada principalmente como adjuvante no tratamento, o que ocorre, por exemplo, em processos infecciosos, tumores e várias afecções cirúrgicas, no pré e no pós-operatório.

Na verdade, são amplas as indicações da Acupuntura, técnica harmonizadora do organismo e de grande alcance no tratamento das alterações dos diferentes órgãos. Mesmo assim, é importante que a Acupuntura tenha ampla utilização, mesmo que de forma restrita ao tratamento da dor, como terapêutica adicional a ser colocada à disposição do paciente e como forma de difundir sua prática no meio médico. Uma outra vantagem do método é que, em casos em que se faz necessário o uso de medicamentos da medicina convencional, principalmente no que se refere a analgésicos e a antiinflamatórios, estes podem ser usados em menor dosagem ou mesmo ser substituídos pelo tratamento por Acupuntura.

O atendimento por Acupuntura apresenta forte componente clínico na abordagem do paciente, no diagnóstico e no próprio tratamento, que apresenta também característica invasiva, por conta das agulhas de Acupuntura. É realizado de forma artesanal e individualizada, começando com o diagnóstico energético, que vai orientar o tratamento e buscar a cura. É um ato realizado pelo médico, em uma situação relacional médico-paciente que se repete

geralmente com frequência semanal, e na qual têm valor elementos objetivos e subjetivos do paciente e do médico.

Por esse motivo, apesar de poderem ser comprovados, na prática médica diária, os efeitos do tratamento por Acupuntura, médicos que praticam a Medicina Tradicional Chinesa com todo o rigor de seus preceitos teóricos vêm desenvolvendo esforços no sentido de realizar comprovação dos efeitos da Acupuntura de acordo com o paradigma científico hegemônico. A pesquisa de Acupuntura que é assim realizada tem demonstrado integração dos conceitos da Medicina Tradicional Chinesa com os conhecimentos científicos atuais.

Além da Universidade Federal de São Paulo, atualmente existem cursos de Acupuntura para médicos em algumas universidades no Brasil, como na Universidade de São Paulo, nas Universidades Federais de Pernambuco, Fluminense, do Paraná, de Santa Catarina, de Mato Grosso do Sul, do Distrito Federal, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Algumas faculdades de medicina no Brasil contam com algumas poucas vagas em Residência Médica em Acupuntura, a exemplo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, e da Universidade Federal de Pernambuco, Hospital do Servidor Público do Estado.

Portanto, no nosso meio a integração entre Acupuntura e Medicina convencional vem ocorrendo na prática profissional, tanto no exercício da medicina como no ensino médico de graduação e pós-graduação, assim como na pesquisa experimental, clínica e, como ocorre no caso do presente trabalho, na pesquisa de Saúde Pública.

2. HIPÓTESE

Os médicos que buscam especialização em Medicina Chinesa - Acupuntura para agregar à sua prática médica ou para mudar de especialidade são os que, além de apresentar relativa insatisfação com a abordagem fragmentada, reducionista e incompleta que predominantemente compõem a sua prática na Medicina convencional, buscam novos desafios e ampliação de horizontes, bem como melhor resolubilidade da prática médica.

Objetivam exercer Acupuntura de forma integrada à Medicina convencional, a partir de uma nova visão de mundo tendo por referência o contexto de uma prática médica e relação médico-paciente mais humanistas, com visão do paciente de forma mais abrangente, tendo em vista a cura bem como a prevenção de doenças e a reabilitação do doente.

3. OBJETIVOS

1. Descrever algumas características de médicos que procuram o curso de formação em Medicina Chinesa-Acupuntura e suas motivações e expectativas com relação ao exercício da Acupuntura em sua prática, nos diferentes cenários de atuação, levando em conta as necessidades dos serviços de saúde na atualidade;
2. Desvelar o significado dos discursos desses médicos sobre prática médica e sobre mudança de especialidade médica em um contexto contemporâneo de crise na Saúde e na Medicina, situação em que se evidencia a necessidade de busca de um novo paradigma nesta área.

4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa, baseada em depoimentos de médicos das Turmas 33, 34 e 35 do curso "Especialização em Desenvolvimento em Medicina Chinesa-Acupuntura do Center AO – UNIFESP-EPM".

O curso, que tem duração de 31 meses, foi realizado nos seguintes períodos: Turma 33 de 16/02/2002 a 22/08/2004; Turma 34 de 22/02/2003 a 28/08/2005 e Turma 35 de 07/02/2004 a 13/08/2006.

As abordagens quantitativa e qualitativa são instrumentos utilizados em pesquisa em geral e em Saúde Pública em particular para aproximação da realidade observada. Tanto a abordagem quantitativa como a qualitativa são necessárias, porém, em muitas situações, cada uma delas empregada sem o concurso da outra pode ser insuficiente para abranger todo o fato apreciado. Deste modo, segundo MINAYO e SANCHES (1993), as duas modalidades podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que adequado ao planejamento da investigação.

Em conjunto com a pesquisa quantitativa, a pesquisa qualitativa oferece a possibilidade de ampliar visões e conceitos e desta forma proporcionar maior abrangência da abordagem do fenômeno estudado.

De acordo com CHIZZOTTI (2001), o termo pesquisa qualitativa é designação que abriga correntes de pesquisa muito diferentes, que adotam métodos e técnicas de investigação distintas dos estudos experimentais das ciências naturais. É tipo de pesquisa bastante empregado nas ciências humanas, com especificidade para o estudo do comportamento humano e social, utilizando-se

de metodologia própria. O autor denomina de método clínico aquele em que existe a descrição do homem em um dado momento, em uma dada cultura e de método histórico-antropológico, o que capta os aspectos específicos dos dados e acontecimentos no contexto em que ocorrem.

Com relação à delimitação e formulação do problema na pesquisa qualitativa, de acordo com VÍCTORA et al. (2000), este é decorrente de um processo indutivo que vai sendo construído no decorrer da aproximação com os contextos social e ecológico no qual se dá o estudo, bem como da freqüente observação do objeto de pesquisa e dos contatos demorados com testemunhas que conhecem o objeto em estudo e sobre ele realizam ponderações. Este processo de compartilhamento prático nas experiências e percepções que os sujeitos-objetos possuem do problema em estudo é fundamental para descobrir os fenômenos além de seus aspectos imediatos. Assim, os autores acrescentam que, as técnicas adequadas ao estudo qualitativo devem ser realizadas com base em interação entre o pesquisador e os pesquisados, característica imprescindível para que se possam apreender os significados construídos pelos sujeitos e que os dados apresentem fenômenos com significados manifestos e ocultos.

COSTA (1997) afirma que a ciência é criação do homem, na qual apreendemos e explicamos o real por meio de conceitos e organizações conceituais, que construímos, sendo o conhecimento científico uma crença verdadeira e justificada. Esta concepção de ciência já denota a incorporação de um momento subjetivo ao conhecimento científico. MEIS (1989) afirma que os cientistas mais produtivos são os que mais incluem em sua visão de ciência fatores subjetivos, como intuição, instinto e senso comum.

Na abordagem qualitativa, de acordo com MINAYO (2000), a subjetividade é considerada como parte integrante da tipicidade do fenômeno social, sendo trazidos para o interior da análise, o objetivo, o subjetivo, os atores sociais, os fatos, o sistema de valores do cientista, a ordem das coisas e os conflitos.

De acordo com MARTINS e BICUDO (1994), na pesquisa qualitativa as descrições feitas pelos próprios sujeitos constituem o melhor modo de se acessar o seu 'mundo-vida'.

Para RANDOM (2000), é necessário que se compreenda a natureza da mudança pela qual o mundo está passando com o desmoronamento do pensamento mecanicista e reducionista do século XIX, que se referia à procura do objeto e como a abordagem qualitativa é colocada em evidência como resultado do próprio real e das descobertas da física quântica.

No campo do estudo qualitativo, valorizam-se aspectos particulares relacionados ao conceito de percepção e de subjetividade, que são importantes elementos da ciência. Estes elementos estão presentes em vários momentos da prática cotidiana do médico e são particularmente freqüentes e abundantes em nossa prática de Acupuntura e Medicina Chinesa. Neste aspecto, médicos em geral e médicos acupunturistas em particular são profissionais privilegiados porque dispõem de rico material de pesquisa qualitativa fornecido na sua prática diária de contato com os pacientes.

De acordo com HEALTH DEVELOPMENT AGENCY (2004) vem ocorrendo aumento de estudos com abordagem qualitativa sendo incorporada aos modelos tradicionais de pesquisa, fato que freqüentemente leva ao aumento de sensibilidade às prioridades dos pacientes.

No campo da Medicina, destacamos a importância do estudo qualitativo para melhor entendimento de temas como a relação médico-paciente, do cuidado do doente, do auto-cuidado, de doenças, adequação de tratamento, prognóstico, do resgate da Medicina humanística e da arte de curar, das particularidades e individualidades de pacientes, entre outros.

Nosso problema de pesquisa originou-se no bojo de nossa própria atividade médica de Acupuntura e Medicina Chinesa, realizada nos níveis assistencial e de ensino, formação, aprendizagem e docência.

Tomamos como ponto de partida considerações sobre diferentes possibilidades de abordagens da ciência, da Medicina, do processo saúde-doença, da relação

médico-paciente e de diferentes visões de mundo encontradas entre os médicos de diferentes especialidades. Mantendo em mente o panorama de situação de crise da saúde e de crescente demanda por parte da população e dos médicos por práticas não convencionais da Medicina, o presente estudo visou delinear o quadro no qual se inserem a Medicina Tradicional Chinesa e a Acupuntura, bem como buscar significados de motivações dos médicos entrevistados.

De acordo com SCHUTZ (1962) o ser humano age em função de motivações dirigidas a objetivos, que apontam para o futuro, denominadas de 'motivos para'. De outro modo, motivos para os seus atos estão radicados na bagagem de conhecimentos do passado, na individualidade que desenvolveu durante sua vida, o que é denominado de 'motivos porque', bases da fenomenologia compreensiva.

Em nossa pesquisa buscamos também verificar por meio de estudo qualitativo as concepções dos médicos participantes da pesquisa sobre Medicina, Acupuntura, espaços de prática, relação médico-paciente e outras questões relevantes que puderam surgir das respostas obtidas por intermédio de questionários aplicados de acordo com a metodologia escolhida, adequada a este estudo.

Adotando a perspectiva de que a opção por estudar Acupuntura constitui uma busca ativa por estudo e habilitação em uma prática até há pouco tempo conhecida apenas como alternativa e que hoje em nosso país é especialidade médica, interessou-nos entender por que médicos procuram estudo e especialização em Acupuntura.

O levantamento de dados sobre a especialidade médica Acupuntura foi dirigido pela seguinte indagação: onde buscar explicação para a procura por estudo de Acupuntura, que preconiza atendimento do indivíduo como um todo em oposição ao atendimento especializado e superespecializado, em um meio que valoriza a subespecialização e a tecnologia avançada?

4.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO E LEVANTAMENTO DE DADOS

As características de sexo e idade do total de alunos que se matricularam nas três turmas referidas anteriormente estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos alunos do curso segundo sexo e idade em anos completos.

Sexo	Turma 33		Turma 34		Turma 35	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	55	50,5	60	53,1	42	43,3
Feminino	54	49,5	53	46,9	55	56,7
Total	109	100	113	100	97	100

Idade no início do curso						
Mais novo	25		24		24	
Mais velho	63		63		61	
Média	38		37		37	
Moda	33		29		28	

A população de estudo, que foi extraída do universo de médicos apresentado na tabela 1, é constituída pelo conjunto de médicos alunos de três turmas do referido curso, turma 33, turma 34 e turma 35, que responderam voluntariamente ao questionário apresentado.

Aplicamos um questionário que forneceu dados para realização de análise de conteúdo, compreendida como o “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2004 p. 37), útil para compreender o discurso além de seu significado imediato. Sua intenção é inferir conhecimentos relativos à produção ou à recepção de mensagens e para isto recorre a indicadores quantitativos ou qualitativos. De acordo com BARDIN (2004), entre os domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo, as respostas obtidas por comunicação dual, por meio de questionário constituem meio de coleta de dados para estudo com suporte lingüístico escrito. Segundo a mesma autora, esta inferência é comum na prática científica e especificamente na prática do

médico que, ao ouvir o relato dos sintomas do indivíduo, baseado em seu conhecimento técnico-científico pode fazer inferências e deduções sobre a saúde do paciente.

Nossa pesquisa compreendeu duas fases de levantamento de dados. A primeira fase refere-se ao momento da aplicação, até a terceira aula de cada curso, de um questionário composto por perguntas abertas e fechadas (Anexo 1), a alunos dos cursos do Center-AO/UNIFESP-EPM das Turmas 34 e 35.

Na segunda fase da pesquisa, apresentamos aos sujeitos questionário com perguntas abertas e fechadas (Anexo 2), nas penúltima e última aulas, a alunos das Turmas 33 e 34 dos cursos do Center-AO/UNIFESP-EPM.

A totalidade dos médicos de cada turma foi convidada, nessas ocasiões a responder aos respectivos questionários de maneira voluntária. As recusas (médicos que não responderam ao questionário porque não quiseram responder ou porque faltaram à aula no dia da coleta dos questionários ou porque desistiram do curso) foram analisadas com base em levantamento de dados de algumas características sócio-demográficas, tais como, idade, sexo, tempo de formado e especialidade médica, para fins de análise comparativa dos respondentes com os não respondentes, bem como dos desistentes do curso. Estes dados constam de planilhas de banco de dados do Center-AO¹².

O objetivo de comparar características descritivas do grupo de participantes com os não participantes da pesquisa foi o de avaliar a presença de possível vício de seleção dos indivíduos e não por representatividade da amostra.

Baseados em análise estatística, concluímos que não ocorreram diferenças significativas entre os grupos representados pelo total de alunos das três turmas em questão, pelos desistentes e pelos respondentes aos questionários. No Anexo 3 apresentamos os dados que permitiram chegarmos a esta conclusão.

¹² Banco de dados elaborado pelo Center -AO sob a supervisão da Dra. Márcia Yamamura, diretora do Center-AO.

Sendo assim, obtivemos 61 e 42 sujeitos médicos respondentes aos questionários no início do curso das turmas 34 e 35 respectivamente, num total de 103 questionários respondidos e 33 e 39 sujeitos médicos respondentes aos questionários no final do curso das turmas 33 e 34, respectivamente, num total de 72 questionários respondidos.

Conseguimos dessa forma uma amostra com um total de 175 sujeitos que responderam aos questionários e então procedemos primeiramente ao estudo quantitativo descritivo dessa amostra e depois ao estudo qualitativo.

4.3. TRATAMENTO, DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Na apresentação dos dados e na análise dos resultados foi adotada a seguinte denominação para os médicos sujeitos desta pesquisa:

Respondentes: total de sujeitos que responderam ao questionário - 175

Ingressantes: 103 sujeitos que responderam ao questionário no início do curso;

Formandos: 72 sujeitos que responderam ao questionário no final do curso.

Para a interpretação das falas dos médicos contidas nos questionários, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, buscando desvelar as unidades de significado ou temas identificados nos depoimentos dos mesmos, visando compreender o modo de produção social de tais falas, bem como detectar os

valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos dos sujeitos (BARDIN 2004; MARTINS e BICUDO, 1994).

As respostas obtidas foram submetidas à análise estatística, o que permitiu que se agrupassem turmas com relação às respostas das questões.

Com as respostas dos sujeitos aos questionários do início e do final do curso, foi realizado o estudo qualitativo, que foi norteado em parte pelo estudo quantitativo das categorias obtidas com as falas de nossos sujeitos.

Foram estabelecidas as categorias e subcategorias de análise, o que orientou a avaliação qualitativa, levando-se em conta não apenas a frequência de aparecimento das mesmas nas respostas, mas também o surgimento de unidades de análise relevantes para o nosso trabalho, mesmo que algumas dessas unidades possam ter surgido poucas vezes entre todas as respostas.

Estas categorias passaram a dar significado aos discursos dos médicos entrevistados, que foram analisados de uma perspectiva quanti-qualitativa de maneira articulada.

Segundo BARDIN (2004), análise de conteúdo é um método muito empírico, dependente do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se tem como objetivo, cuja técnica tem sempre que ser reinventada, existindo, no entanto, por força do tempo em que acontece amplo conjunto de modelos que podem ser inspiradores para confecção de novos estudos.

Como nosso objeto de estudo encontra-se bastante próximo do tema da formação do médico, parece adequado exemplificar com o que foi apontado por GOMES (1992) como sendo núcleos temáticos do ponto de vista sociológico em torno dos quais podem ser agrupadas as concepções que cercam a formação médica: concepção e modelo de ensino, concepção de saúde, doença e doente, desenvolvimento científico-tecnológico presente na sociedade, e aspectos culturais que compõem a tradição das instituições de ensino médico.

Para MINAYO (2000), os conceitos mais importantes de uma teoria são denominados categorias, que possuem conotação classificatória. Na visão de

BARDIN (2004), as categorias agrupam elementos com caracteres comuns, constituindo classes, que podem ser usadas na técnica de análise de conteúdo.

Como a discussão do nosso objeto de estudo, o médico acupunturista, perpassa o debate que envolve o binômio saúde-doença, com o qual se relaciona intimamente, é oportuno lembrar a observação de MINAYO (2000) sobre este fenômeno, referindo-se à saúde e à doença como símbolos privilegiados para explicação da sociedade, levando à elaboração de atitudes, comportamentos e concepções de mundo. A autora afirma que na discussão de saúde e doença as pessoas falam de si e de suas experiências em seu meio. É uma forma dos indivíduos se manifestarem relativamente às instituições e às organizações sociais. A autora acrescenta que saúde e doença são metáforas de explicação da sociedade sobre ela mesma, atribuindo-lhes status de representação significativa privilegiada, por estarem intimamente vinculados ao tema existencial e significativo de vida e morte.

Este fenômeno, ao nosso ver, ocorre tanto com pacientes como com médicos, indivíduos constituintes da sociedade. Ou seja, ao se abordar os múltiplos aspectos envolvidos na saúde e na doença, tem-se a peculiar oportunidade de possibilitar aflorar os mais diversos aspectos de vida das pessoas, o que pode contribuir, por meio de análise de suas falas, melhor compreensão e contextualização dos temas abordados.

Em nossa pesquisa, iniciamos a análise do material obtido por meio de leitura flutuante seguida de cuidadosa leitura das respostas aos questionários, que foi realizada repetidas vezes, com posterior apreciação estatística e, pudemos assim, estabelecer as categorias e subcategorias temáticas de análise.

Assim sendo, num primeiro momento no nosso estudo, agrupamos as respostas em grandes núcleos temáticos que muitas vezes apareceram de modo imbricado. Estes núcleos, que apresentamos a seguir, possibilitaram a construção de um panorama que permitiu uma observação ampla dos temas que foram desvelados em nossa análise.

I. Medicina Chinesa-Acupuntura como campo do conhecimento

II. Medicina Chinesa-Acupuntura como campo de atuação e prática

Desse modo, à luz desta primeira categorização, passamos a separar os temas significativos das respostas, os quais exemplificamos a seguir:

1. Crítica à Medicina Atual

a. Crítica à abordagem reducionista e superespecializada

b. Crítica às condições da prática médica

2. Integração Medicina Convencional – Acupuntura

a. Abordagem holística do processo saúde-doença e do paciente

b. Acupuntura, Medicina e trabalho médico

Vale mencionar que tais temas são tratados de maneira ampla nos vários itens que compõem a discussão dos discursos de nossos sujeitos. Nesse sentido, eles se encontram presentes ao longo de todo o processo de discussão das referidas falas.

Dessa forma, passamos em seguida a proceder à aglutinação dos núcleos significativos das respostas, respeitando a estrutura apresentada anteriormente. Ressaltamos que todas as falas dos médicos da nossa amostra foram consideradas em nosso estudo.

Portanto, para estabelecimento das categorias e subcategorias temáticas de análise da presente pesquisa, respeitamos critérios estatísticos de frequência de aparição dos temas, bem como critérios de caráter qualitativo com a avaliação da relevância contextual dos motes que foram desvelados e que julgamos pertinentes ao nosso estudo e puderam contribuir para o aprofundamento da discussão do tema proposto como tese de doutorado.

4.4. ASPECTOS ÉTICOS

A participação dos médicos foi voluntária. Estes foram convidados a participar da pesquisa mediante o preenchimento dos questionários (Anexos 1 e 2).

Os questionários foram aplicados em sala de aula, em período previsto.

Foi assegurada aos médicos a liberdade de aceitarem, ou não, participar da pesquisa, ressaltando-lhes que isto não implicaria qualquer prejuízo para eles. Foram informados também que lhes seria garantido o sigilo absoluto sobre a fonte das informações.

Os médicos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexos 4) que foi lido previamente, conforme exige o documento do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96) "Normas de pesquisa envolvendo seres humanos" - RESOLUÇÃO nº. 166 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

O projeto de tese foi apreciado e aprovado na Comissão de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS

5.1.1. Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

5.1.1.1. Caracterização Sócio-Demográfica e Educacional

Caracterizamos os sujeitos participantes deste estudo segundo características de sexo idade e tempo de formado que estão apresentadas na Tabela 2.

Na tabela 2 verificamos distribuição de médicos respondentes ingressantes e formandos com leve predominância do sexo masculino. Estes dados são compatíveis com a “feminização” que ocorre no contingente de médicos na atualidade. A participação da mulher no mercado de trabalho é crescente, o que também se observa no campo da Medicina. No Brasil as médicas correspondem a 32,7% do total de médicos (na década de 70 era de 11%). Esta proporção chega a 41% quando se considerada os médicos até 45 anos e a 50% com menos de 30 anos (MACHADO, 1999).

Com relação às características de faixas etárias, em primeiro lugar, devemos lembrar que devido à duração do curso, é de se esperar que os médicos formandos sejam mais velhos que os ingressantes, pois o curso tem duração de trinta e um meses.

Ainda na tabela 2 observamos que temos 45 médicos ingressantes na categoria “40 anos e mais”, que são em número de 43 entre os médicos formandos. Por outro lado, temos 58 médicos ingressantes com menos de 40 anos, enquanto que entre os formandos, 29 encontram-se nesta faixa etária.

Da mesma forma, considerando-se o tempo de formado em correspondência com estas faixas etárias, também podemos distribuir os médicos em dois grandes grupos, como mostrado na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos médicos respondentes segundo idade, sexo e tempo de formado.

Características	Médicos Ingressantes		Respondentes Formandos		Qui quadrado	p
	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	55	53,4	38	52,8	0,01	0,936
Feminino	48	46,6	34	47,2		
Idade em anos completos						
27 a 39	58	56,3	29	40,3	4,36	0,037
40 e mais	45	43,7	43	59,7		
Tempo de formado em anos						
Até 15	68	66,1	32	44,4	8,05	0,005
16 e mais	35	33,9	40	55,6		
Total	103	100	72	100		

Observamos uma tendência à inversão das proporções de ingressantes e formandos quando distribuímos os médicos em dois grandes grupos de faixa etária e, conseqüentemente, de tempo de formado. Pode aqui estar indicada uma maior tendência de médicos mais jovens, isto é, os que contam até 39 anos de idade, que geralmente situam-se no grupo com menor tempo de formado, terem maior facilidade de abandonar o curso antes de sua conclusão, quando comparados com os médicos de faixa etária de '40 anos e mais' e com maior tempo de formado. Isto pode indicar que nesta fase da vida o médico tenha perspectivas profissional e pessoal diferente dos formados há mais tempo. Ou seja, é de se esperar que os médicos e médicas que contam 40 anos

e mais e com 16 anos e mais de formados encontrem-se mais estabilizados na vida. Com relação à vida pessoal, nessa fase já se casaram tiveram filhos, devem estar mais definidos financeiramente e mais estabelecidos no mercado de trabalho. Este contexto pode ser facilitador da permanência maior de médicos desta faixa etária até o final do curso. Estes indivíduos têm assim maior disponibilidade e recursos para poder sustentar esta situação de dedicação a uma nova especialidade, com todos os encargos materiais e de tempo que isso possa significar.

É interessante comparar com o quadro geral de médicos no Brasil, onde se observa uma “juventude” dos médicos, ou seja, a maioria tem até 45 anos e menos de 16 anos de formados (MACHADO, 1999). A mesma autora categoriza cinco fases da vida profissional do médico. A primeira que corresponde ao ‘início da vida profissional’, constituída pelos médicos com menos de 30 anos de idade, estão se especializando e estabelecendo seus primeiros vínculos profissionais. A segunda, denominada ‘afirmando-se no mercado’, formados entre 5 e 9 anos, que no Brasil trabalham principalmente no setor privado, mas grande presença no setor público. A fase ‘consolidando-se na vida profissional’, com 49 anos de idade, formados entre 10 e 24 anos, quando cai a presença no setor público. A quarta é a fase ‘desacelerando as atividades médicas’, entre 50 e 59 anos de idade e formados há mais de 25 anos, quando o consultório tem uma participação maior e ainda conciliam com um emprego público ou privado. A fase ‘paralisando a vida profissional’, médicos com mais de 60 anos de idade, trabalham principalmente em consultório e no setor privado e possuem a maior renda de todos os grupos.

Uma característica que chama a atenção em nossa pesquisa é o encontro de médicos de todas as fases da vida profissional, com diferentes proporções nas diversas fases. Assim, no nosso universo amostral de médicos que se matriculam no curso de Acupuntura, o mais novo tem 24 anos e o mais velho tem 63 anos.

5.1.1.2. Caracterização dos Médicos por Áreas de Atuação e Espaços de Prática

No Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecem as mesmas especialidades médicas e áreas de atuação.

As especialidades médicas e áreas de atuação, que são delimitadas por características específicas de conhecimento teórico, técnico e científico e procedimentos próprios, obedecem a critérios de exigência estabelecidos pela Comissão Mista de Especialidades (CME) formada pelas entidades anteriormente citadas. Assim, para ter seu reconhecimento a especialidade necessita de tempo mínimo de formação de dois anos e área de atuação de um ano.

Existe atualmente no Brasil um total de 53 especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina¹³, sendo a Acupuntura, reconhecida em 1995, uma das mais recentes.

Listamos no Anexo 5 a classificação apresentada por MACHADO (1999), que agrupa as especialidades médicas segundo critérios de aspectos cognitivos, técnico-cirúrgicos e de habilidades, tecnológicos e burocráticos.

Para a descrição das especialidades médicas que aparecem em nosso estudo, orientamo-nos por estas duas abordagens e estabelecemos os grupos encontrados na tabela 3.

Este agrupamento baseia-se na classificação de MACHADO (1999), sendo que no Brasil, ao Grupo 1 correspondem 23 especialidades, 35,9% e 43,3% dos

¹³ Resolução CFM Nº 1785/2006, publicada no D.O.U. 26/05/ 2006. Informação disponível on-line em www.cfm.org.br em 11/07/2007.

médicos, ao Grupo 2, 10 especialidades, 15,6% do total e 13,3% dos médicos, ao Grupo 3, 19 especialidades, 29,7% do total e 36,6% dos médicos e, ao Grupo 4, 12 especialidades, 18,8% do total e 7,1% dos médicos.

No Grupo 1 constam as especialidades médicas cognitivas, que envolvem o contato direto com o paciente e o relacionamento profissional baseia-se primordialmente no conhecimento cognitivo, com grande valorização do raciocínio clínico e da relação intersubjetiva. São exemplos desta modalidade, a clínica médica, cardiologia, homeopatia.

O Grupo 2 abrange as especialidades cirúrgicas, onde predominam o conhecimento técnico-cirúrgico e de habilidades, nas quais o contato com o paciente não é tão direto e depende de equipes de apoio e de equipamentos sofisticados que auxiliam no diagnóstico e nos procedimentos.

O Grupo 3, onde está classificada a Acupuntura, é compreendido pelas especialidades intermediárias, as quais associam habilidades técnicas (procedimentos cirúrgicos) à base cognitiva (clínica).

No Grupo 4 encontramos as especialidades tecnológicas e burocráticas, envolvendo especialistas que têm relação médico-paciente de caráter coletivo, com alto controle burocrático. São exemplos os administradores hospitalares, os sanitaristas, os patologistas, entre outros.

Consideramos a totalidade dos médicos ativos nas Turmas 33, 34 e 35 do referido curso em apreciação, para podermos ter uma visão mais abrangente das especialidades dos médicos que procuram especializar-se em Acupuntura. Desta forma, apresentamos a distribuição das especialidades médicas encontradas nas referidas turmas.

A distribuição das especialidades médicas dos alunos do curso de Acupuntura considerados estão tabulados na Tabela 3 e são apresentados no gráfico 1.

Nossa casuística aponta que nas três turmas é grande a procura pelo curso de Acupuntura por parte de médicos das especialidades clínicas (37,9% na Turma 33, 49,2% na Turma 34 e 39,7 % na Turma 35) e das intermediárias (42,4% na Turma 33, 20,6% na Turma 34 e 31,9 % na Turma 35). Estes dois grupos

de especialidades apresentam se somados proporções de 80,3%, 69,8% e 74,0% respectivamente para as Turmas 33, 34 e 35. Aparece nesta distribuição o peso do caráter clínico, que é forte na Acupuntura, bem como de suas características de especialidade intermediária como fatores atrativos para a especialização. Em que pese a Acupuntura, com forte caráter clínico de sua abordagem e de sua prática, esteja sendo considerada especialidade intermediária, tal distribuição pode sugerir que o médico que procura esta especialização apresenta perfil mais afeito às especialidades clínicas.

Tabela 3: Distribuição do total de médicos das três turmas do curso de Acupuntura participantes da pesquisa, das quais retiramos nossas amostras, segundo os grupos de especialidades médicas.

GRUPOS DE ESPECIALIDADES	TURMA 33		TURMA 34		TURMA 35		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grupo 1	25	37,9	31	49,2	27	39,8	83	42,2
Grupo 2	4	6,1	1	1,6	3	4,4	8	4,1
Grupo 3	28	42,4	13	20,6	22	32,3	63	31,9
Grupo 4	3	4,5	3	4,8	3	4,4	9	4,6
Não referido	6	9,1	15	23,8	13	19,1	34	17,2
TOTAL	66		63		68		197	

Vale ressaltar que algumas especialidades médicas tiveram maior participação entre todas as especialidades presentes nas diferentes turmas, como a turma 33, por exemplo, que conta com onze anestesiológicos, oito pediatras, seis clínicos gerais, oito ortopedistas, entre as demais especialidades. Na turma 34 temos onze cirurgiões gerais, nove pediatras e oito anestesiológicos, como especialistas mais frequentes. Já na turma 35, os clínicos gerais são em número de nove, sete são ginecologistas, sete são pediatras, seis são anestesiológicos e seis são oftalmologistas. Provavelmente, a marcada presença de anestesiológicos se deva ao fato de a Acupuntura ser conhecida principalmente por seu efeito antálgico.

Gráfico 1: Distribuição do total de médicos das 3 turmas do curso de Acupuntura participantes da pesquisa, das quais retiramos nossas amostras, segundo os grupos de especialidades médicas.

No Grupo 1 constam as especialidades médicas cognitivas, no Grupo 2 constam as especialidades cirúrgicas, no Grupo 3 as especialidades intermediárias e no Grupo 4 as especialidades técnico-burocráticas.

Gráfico 1a: Distribuição das especialidades médicas na Turma 33

Gráfico 1b: Distribuição das especialidades médicas na Turma 34

Gráfico 1c: Distribuição das especialidades médicas na Turma 35.

Do universo de médicos das três turmas, dez são médicos de família e comunidade, um é de saúde indígena, nove são homeopatas e dois já são acupunturistas. Um dos médicos que respondeu ao questionário é empresário de petróleo e um é músico profissional de orquestra sinfônica internacional. Dentre os médicos respondentes seis são residentes ou estagiários em outras especialidades e fazem parte do grupo especialidade não referida.

De acordo com nossos dados os médicos que procuram especializar-se em Acupuntura são provenientes principalmente das especialidades clínicas e das intermediárias. Nossos dados sugerem que a Acupuntura é compatível com o perfil do médico mais afeito à clínica e com anseio de uma atividade com importante grau de independência e resolubilidade, que é referido por MACHADO (1999) como característica das especialidades intermediárias.

5.1.1.3. Caracterização dos Médicos quanto ao Interesse pela Especialidade Médica que Exerce e por Acupuntura

Espaços de prática médica e especialidades médicas apresentam correlações determinadas por vários aspectos próprios de cada sociedade em dadas circunstâncias. Inúmeros fatores podem influenciar na escolha do médico por uma especialidade, como elementos de personalidade, de habilidades pessoais, de oportunidades profissionais e de aprendizagem, identificação com colegas, professores ou familiares médicos. Estes elementos podem também ser de ordem econômica, política e estrutural da sociedade onde se dá a escolha, além de condições sócio-culturais, entre outros.

Com referência aos aspectos inerentes à nossa sociedade, segundo MENDES (1985), a articulação da Medicina com a estrutura social é determinada pelas exigências do capitalismo e pela relação de forças que se apresentam entre os grupos sociais e o Estado com o objetivo de lograr melhorias no campo da saúde.

De acordo com MACHADO (1999), ao mesmo tempo em que a especialização médica é uma forma de a profissão assegurar o monopólio do saber e da prática profissional, preservando assim a autonomia, torna inevitável a perda da dimensão da totalidade, podendo, portanto, acarretar redução do conhecimento generalista. A mesma autora ainda afirma que a especialização e a tecnologização implicam custos mais elevados do ato médico, que assim passa a ocorrer cada vez mais em espaços institucionais, tanto públicos como privados, e de forma assalariada.

Para SCHRAIBER (1993), a Medicina especializada implica modificação da prática médica que, simbolizada pela tecnologia material, pode pretensamente ser considerada mais científica do que a prática generalista. O saber especializado e repleto de procedimentos instrumentais complexos influencia a

transformação da relação médico-paciente e dos modelos de trabalho médico. Esta situação, segundo a referida autora, não impede que o médico tente sistematicamente reconciliar o ideal com as condições objetivas de trabalho, na tentativa de preservar aspectos de autonomia profissional.

Por meio da análise estatística dos dados obtidos das respostas dos médicos aos questionários que consta do Anexo 6, pudemos fazer uma avaliação preliminar de como os sujeitos do nosso estudo se posicionam com relação à Medicina convencional e a Acupuntura em vários de seus aspectos. Vale ressaltar que ao analisarmos os dados dos ingressantes das turmas 34 e 35 com relação à intenção de mudar de especialidade, pela análise do Qui-quadrado = 9,747 ($p = 0,008$; p para o teste exato de Fisher = 0,004) esse resultado indica que entre aqueles que pretendem mudar de especialidade ($n=20$) encontra-se maior proporção de alunos da T34 (90%). Assim, preferimos não juntar as turmas 34 e 35 com relação à intenção de mudar de especialidade.

Do mesmo modo, os dados numéricos obtidos relativos à 'crítica às condições de trabalho e remuneração insuficiente' não permitem que agrupemos as duas turmas de ingressantes com relação a esse aspecto (Qui quadrado=14,386). Dessa forma, parece mais adequado considerarmos estas duas questões quando da análise qualitativa dos nossos dados.

Em nosso estudo, relativamente à satisfação com a especialidade exercida e à intenção de incorporar Acupuntura à atividade médica temos os dados reunidos na tabela 4.

Observamos nos dados da Tabela 4 que aumenta a proporção de referência a pequeno grau de satisfação com a especialidade de 5,8% entre os ingressantes para 12,5% entre os formandos, o que pode significar que ao entrar em contato com a Acupuntura, o que ocorre durante o curso, esta insatisfação seja evidenciada. Ainda mais, se considerarmos em conjunto as proporções de pequeno e médio grau de satisfação como expressão de insatisfação com a especialidade em contraposição a alto grau de satisfação, temos entre os ingressantes proporção de 65,0% e de 66,7% entre os formandos. Ou seja,

constatamos que a maioria dos sujeitos apresenta-se insatisfeita com a Medicina convencional.

Tabela 4: Distribuição do total de médicos respondentes quanto ao grau de satisfação com sua especialidade e a intenção de incorporar Acupuntura à sua atividade.

	Médicos Ingressantes		Respondentes Formandos	
	N	%	N	%
Grau de satisfação				
Alto	32	31,1	22	30,6
Médio	61	59,2	39	54,2
Pequeno	6	5,8	9	12,5
Não Respondeu	4	3,9	2	2,7
Intenção de Incorporar Acupuntura				
Sim	80	77,7	55	76,4
Não	18	17,5	8	11,1
Talvez	5	4,8	9	12,5
TOTAL	103	100,0	72	100,0

O curso de Acupuntura correspondeu à expectativa dos médicos de incorporar o conhecimento à sua própria especialidade. Considerando que os médicos provêm das mais diferentes especialidades, isto reforça o caráter generalista da Acupuntura, ressaltando seu aspecto de especialidade relacionada à Saúde Pública, podendo constituir-se num elo de ligação entre as especialidades.

Entre os ingressantes pode existir uma visão idealizada da Acupuntura menos comprometida com a prática médica vivenciada por eles. A teoria e a prática da Acupuntura foram desvendadas durante o curso e as semelhanças e diferenças com sua especialidade passam a ser identificadas. Incorporam a Acupuntura

como conhecimento médico capaz de ser acrescentado à sua prática médica habitual, com seus limites melhor identificáveis, desmistificando assim a sua visão anterior.

Com relação aos espaços de prática, ao responderem sobre onde pretendem exercer Acupuntura os médicos ingressantes apresentaram respostas segundo a distribuição mostrada na tabela 5.

Tabela 5: Expectativa de espaços de prática de Acupuntura dos médicos ingressantes

	<i>Ingressantes</i>	
	N	%
Consultório	82	79,6
Serviço público	30	29,1
Hospital sem especificação	11	10,7
Hospital Particular	9	8,7
Atividade acadêmica/pesquisa	7	6,7
Não sabe	7	6,7
Total de sujeitos	103	

Serviço público incluindo SUS, ambulatório, centro ou posto de saúde e programa de saúde da família.

Notar que a soma das porcentagens ultrapassa 100% devido ao fato de cada um dos sujeitos poder apresentar mais de uma resposta.

A grande maioria pretende exercer Acupuntura em consultório. Isto é compatível com o desejo de autonomia no exercício profissional, característica da Medicina liberal, que não é nem tão autônoma e nem tão liberal.

No Brasil a maior parte dos médicos tem mais de um emprego. A pesquisa de MACHADO (1999) revelou 75,6% dos médicos com até três atividades e 24,4% com quatro ou mais atividades. No mesmo estudo foram constatados 69,7% dos médicos com atuação em estabelecimentos públicos, 59,3% em estabelecimentos privados e 74,7% com consultório particular, mas apenas 36,5% em consultórios individuais.

Na Medicina contemporânea existe grande interposição da instituição entre o médico e o paciente. Esta interferência ocorre no serviço público, por meio das instituições governamentais e na atuação privada por intermédio principalmente dos convênios.

Nos depoimentos dos nossos sujeitos verificamos que para uma parcela significativa a Acupuntura representa uma expectativa de exercício da especialidade nos moldes da Medicina liberal, com 79,6 desejarem atender em consultório. Em seguida temos 29,1% dos sujeitos referindo pretender trabalhar no serviço público, parte deles em Programa de Saúde da Família.

5.1.1.4. Visões sobre Prática Médica e Relação Médico-Paciente

A grande maioria dos respondentes acredita que a prática da Acupuntura difere da prática da Medicina convencional. Os formandos que afirmam que a prática da Acupuntura ou a relação médico-paciente são diferentes da Medicina convencional valorizam a Acupuntura como especialidade médica, com instrumentos diferentes como a inserção de agulhas no lugar de prescrever fármacos, a relação com o paciente com periodicidade semanal (o que é raro em outras especialidades).

Na tabela 6 apresentamos a distribuição do total de médicos respondentes quanto às opiniões sobre a prática médica da Acupuntura e sobre a relação médico-paciente.

Com relação aos resultados encontrados, algumas ponderações são oportunas. Por exemplo, como se podia esperar, as perguntas “Você acredita que a relação médico-paciente na Acupuntura é diferente de outras especialidades médicas?” e “Você acredita que a prática de Acupuntura difere da prática de outras especialidades médicas?” tiveram expressiva maioria de respostas afirmativas. Porém, nestes casos é interessante a aproximação com a abordagem qualitativa, que nos faz valorizar as respostas “não” e “não sei”.

Tabela 6: Distribuição do total de médicos respondentes quanto às opiniões sobre prática e relação médico-paciente.

	Médicos Ingressantes		Respondentes Formandos	
	N	%	N	%
Prática da Acupuntura difere				
Sim	98	95,2	66	91,7
Não	3	2,9	5	6,9
Não sei	2	1,9	1	1,4
Relação médico-paciente difere na Acupuntura				
Sim	91	88,4	62	86,1
Não	9	8,7	9	12,5
Não sei	3	2,9	1	1,4
TOTAL	103	100,0	72	100,0

Ou seja, se são a Acupuntura e a Medicina Chinesa propostas reconhecidamente tão diferentes da Medicina convencional, que pressupõem abordagens teóricas e práticas claramente distintas das que o médico experimenta no exercício da profissão, interessou-nos entender a explicação dada pelos sujeitos que se diferenciaram de nossa expectativa apontada no início do parágrafo. Observamos que estes sujeitos referem que a relação médico-paciente e a prática da Acupuntura não deveriam ser diferentes na Medicina convencional e na Acupuntura. Ou seja, consideram que sempre se deveria abordar o indivíduo como um todo e que a prática médica depende principalmente do próprio médico e de como ele se relaciona com a Medicina e com o paciente, independente da especialidade. O que as respostas desses médicos refletem é que existem sujeitos médicos que praticam diferentes especialidades médicas da Medicina convencional que apresentam visão de Medicina e do paciente contrária ao reducionismo preponderante na Medicina

convencional e que isto pode significar um fator que motive o médico a estudar e se especializar em Acupuntura.

O grupo de formandos que respondeu não diferir a prática ou a relação médico-paciente valoriza o fato da possível descoberta durante o curso de que a Acupuntura é uma especialidade médica, obedecendo a critérios que existem em outras especialidades. Entre estes critérios apontamos como exemplos o objetivo de tratar e curar o paciente, a existência da investigação diagnóstica com anamnese, exame físico e o estabelecimento de diagnóstico e da estratégia terapêutica. Ou seja, a Acupuntura, enquanto especialidade também está sujeita aos limites existentes nas outras especialidades médicas.

Tabela 7: Distribuição dos médicos respondentes formandos quanto à intenção de obter o título de especialista em Acupuntura pela Associação Médica Brasileira – AMB.*

Pretendem obter título de especialista	N	%
Sim	64	90,2
Não	2	2,8
Não sabe	5	7,0
TOTAL	71	100,0

*Um sujeito foi excluído por já possuir este Título.

Conforme mostrado na tabela 8, no final do curso 90,2% dos sujeitos têm intenção de obter título de especialista, mostrando identidade entre o exercício profissional e o conhecimento da Acupuntura, reforçando assim o caráter de especialidade médica que a Acupuntura institucionalmente já tem desde 1995 pela Associação Médica Brasileira e que vem adquirindo legitimidade junto aqueles que detêm em grande parte o conhecimento capaz de avaliar o acerto de seu reconhecimento como especialidade. Além disso, a intenção de obter o título de especialista que aparece em 90,2% das vezes no final do curso, fala a

favor de a Acupuntura ser para os sujeitos uma possibilidade de exercício profissional da Medicina. Existem no Brasil hoje 2150 médicos com título de especialista em Acupuntura, com um acréscimo aproximado de 150 novos acupunturistas por ano¹⁴.

Com relação aos motivos da procura pelo curso de Acupuntura, os médicos responderam utilizando-se de palavras descritoras como as que listamos a seguir: curiosidade, anseio de novos conhecimentos, interesse pela cultura ou pela filosofia chinesa ou oriental, bons resultados de tratamento de pacientes, amigos, familiares ou de si próprio, obtenção de cura, indicação de colegas, busca de Medicina complementar/alternativa/ integrativa, visão holística do paciente, insatisfação com a Medicina convencional ou com a especialidade médica, opção profissional, busca de outra prática médica, técnica ou opção de tratamento, procurar respostas, ampliar horizontes, aceitar desafios.

A partir das frequências de aparecimento destes tópicos e também de acordo com o explicitado anteriormente, decidimos agrupar os temas que surgiram nos discursos dos nossos sujeitos em três conjuntos de categoriais para proceder à análise qualitativa da presente pesquisa, a saber: 'Aprimoramento profissional', 'Ampliar seu próprio horizonte de vida' e 'Compreender o paciente em uma dimensão mais abrangente'. A frequência com que cada uma destas categorias apareceu como motivo de procura por especialização em Acupuntura nos discursos dos sujeitos deste estudo estão apresentadas na tabela 8.

Notar que na tabela 8 a soma das porcentagens de aspectos apresentadas em cada categoria de médicos respondentes ultrapassa cem por cento porque estes aspectos aparecem ou podem ter aparecido mais de uma vez na resposta em um mesmo sujeito.

Com base nos dados apresentados, podemos interpretar que entre os ingressantes pode existir uma visão idealizada da Acupuntura menos comprometida com a prática médica vivenciada por eles.

¹⁴ Informação de AMBA em 12/07/2007.

Tabela 8: Categorias de respostas à pergunta “Por que você procurou o curso de Acupuntura?” em números absolutos e porcentagens.

	Médicos Ingressantes		Respondentes Formandos	
	N	%	N	%
Aprimoramento profissional	61	59,2	51	70,8
Ampliar seu próprio horizonte de vida	46	44,7	41	56,9
Compreender o paciente em uma dimensão mais abrangente	19	18,4	8	11,1
TOTAL DE SUJEITOS	103		72	

A teoria e a prática da Acupuntura foram desvendadas durante o curso e as semelhanças e diferenças com sua especialidade passam a ser identificadas. Os médicos parecem incorporar a Acupuntura como conhecimento médico capaz de ser acrescentada à sua prática médica habitual, com seus limites melhor identificáveis, desmistificando assim a sua visão anterior. Esta visão menos idealizada da Acupuntura e mais próxima de uma visão mais completa e mais próxima da realidade desta nova especialidade pode explicar a diminuição entre os formandos das frequências de aparecimento das categorias apresentadas na Tabela 8.

Segundo os dados da tabela 8, podemos supor que persistem mais no curso os médicos que aspiravam aprimoramento profissional do que os que tinham as outras intenções ao iniciar o curso.

Podemos inferir com a ponderação devida que estes médicos tiveram a expectativa de aprimoramento profissional atendida. Ou seja, com vistas à atividade profissional futura os médicos pretendem incorporar Acupuntura à sua atividade médica. Estes médicos desejam ter o conhecimento oferecido pela

Acupuntura agregado ao conhecimento anterior da Medicina Científica, lembrando que eles têm visão crítica desta Medicina, como também constatamos anteriormente com nossos dados. Isto reforça a idéia de que a Acupuntura não se contrapõe, mas compõe com a Medicina Convencional na visão desses sujeitos.

Também persistiram mais no curso os que identificaram na Acupuntura uma possibilidade de ampliar sua visão das coisas da vida. Como podemos observar na tabela 8, tiveram suas respostas de motivação de procura pelo curso de Acupuntura compreendidas na categoria “ampliar seu próprio horizonte de vida” 44,7% dos ingressantes, proporção que passou para 56,9% entre os formandos.

As categorias apresentadas na tabela 8 nortearam então a parte qualitativa do nosso trabalho, tendo-se também em conta os descritores que surgiram nas respostas às demais perguntas dos questionários. Para conceituar e caracterizar Acupuntura e Medicina Convencional em todos os seus aspectos, os sujeitos do nosso estudo utilizaram termos ou expressões ou grupos de palavras que estão anotadas no Anexo 7.

Como era de se esperar, os qualificadores de Acupuntura são em sua grande maioria de caráter positivo, isto é, de aprovação da Acupuntura, com uma pequena porcentagem de aspectos negativos, ou seja, os de crítica. Quando os médicos falam sobre a Medicina convencional, ocorre o inverso, ou seja, o número de descritores negativos é muito maior que os positivos.

O que isto demonstra é, por um lado a forte crítica à Medicina convencional contemporânea presente nos discursos dos sujeitos, e por outro a grande expectativa com relação ao curso e a especialização em Acupuntura.

É oportuno lembrar que na análise qualitativa das falas dos médicos objetos deste estudo que passaremos a apresentar a seguir, estará sempre presente uma preocupação com os cenários de atuação do médico no contexto contemporâneo da Saúde e da Medicina.

“No restante, deixe a vida acontecer. Acredite-me: a vida tem razão em todos os casos” Rainer Maria Rilke

5.2. RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA

5.2.1. Acupuntura, Medicina e Saúde Pública: Temas e Discursos Médicos

5.2.1.1. Panorama de Crise na Saúde e na Medicina

Os discursos dos sujeitos deste estudo demonstram que predomina a postura crítica com relação à especialidade da Medicina convencional que exercem, o que podemos verificar não só pela própria leitura das respostas, como também pelos resultados quantitativos: 65,0% dos ingressantes e 66,7% dos formandos expressam insatisfação em graus variáveis com a sua especialidade. Isso é ainda corroborado pelo encontro, entre os formandos, de 50,0% dos sujeitos que consideram a possibilidade de mudar sua especialidade médica para a Acupuntura. Com a leitura das respostas abertas, pudemos esclarecer em que aspectos se situam as críticas à Medicina contemporânea.

“A Medicina convencional tem demonstrado ser muito limitante, trata o que sobrou do dano. Vemos os pacientes recebendo várias drogas para curar sintomas, apenas.” (F, fem., 44 a, Dermatologia)¹⁵

“Exerço Clínica Médica, mas percebo limitação de efetividade e, além disso, os pacientes não se sentem muitos satisfeitos com a superespecialização da Medicina ocidental.” (F, masc., 28 a, Clínica Médica)

“Temos remuneração insuficiente pelos convênios, desunião da classe médica para reivindicar melhoria de nossas condições de trabalho nos órgãos competentes e desvalorização do profissional na rede pública, além do não-reconhecimento pelo nosso empenho e a desconsideração por tantos anos de estudo por parte do governo e também de pacientes.” (F, fem., 43 a, Cardiologia)

¹⁵ De modo a permanecerem anônimos os médicos, os entrevistados estão identificados por: I – médicos alunos que responderam ao questionário no início do curso; F – médicos alunos que responderam ao questionário no fim do curso; masc. – sexo masculino; fem. – sexo feminino; a – idade em anos e especialidade médica.

"A Medicina convencional é muito mutável; pode-se dizer que a verdade de hoje é a mentira de amanhã e vice-versa. Muitas vezes é paliativa, não vai a fundo na causa dos problemas. Não existe uma verdade, com 'v' minúsculo, que seja absoluta. Portanto, se há algo que não muda há mais de 5.000 anos, deve estar um pouco mais perto da verdade com 'V' maiúsculo. Para mim, a Acupuntura se encaixa nessa categoria." (I, masc., 28 a, Medicina da Família e Comunidade)

A Medicina convencional de que tratam esses sujeitos, hegemônica em nosso meio, é baseada nos aspectos técnico-científicos do modelo biomédico, a partir do qual as ações de saúde são organizadas para a produção da atenção e do cuidado de saúde. Esse modelo tem se mostrado insuficiente na resolução dos problemas de saúde do indivíduo e das populações, como se observa pela piora do nível de saúde pública e pelo crescente afluxo de pacientes aos serviços de saúde dos setores público e privado com queixas de difícil resolução, levando o indivíduo a procurar diversos especialistas ou a eles ser remetido. É, dessa forma, gerada uma situação de baixa resolubilidade e de encarecimento da atenção à saúde, própria do estado de crise que presenciamos em nosso país e em vários locais do mundo globalizado.

"Trato muitos pacientes idosos portadores de múltiplas doenças e, principalmente, de dor crônica. A Acupuntura vem no sentido de poder diminuir as dosagens e minimizar os efeitos colaterais de polifármacos, tratando o indivíduo com um método psíquico, emocional e orgânico." (F, fem., 43 a, Cardiologia)

"A Medicina convencional é uma arte que amo praticar." (I, fem., 30 a, Oftalmologia)

CANGUILHEM (1996) afirma que a Medicina, que deve sempre começar pela observação clínica, é uma técnica ou uma arte que se situa na junção de várias ciências, que trata de problemas humanos concretos e que enfrenta a tarefa de

esclarecimento de duas questões, quais sejam: a das relações entre ciências e técnicas e a das normas e o normal. O autor entende que, na prática, a Medicina ocupa-se de instaurar e restaurar o normal, o que não pode ser reduzido ao mero conhecimento, por meio da clínica e da terapêutica. A consciência da normalidade biológica está na dependência da relação com a doença como único parâmetro que a consciência reconhece e exige. Para se sentir normal, é preciso que o homem tenha consciência da doença, e o autor estabelece que a doença do homem normal é o aparecimento de uma falha na sua confiança biológica em si mesmo, sendo a ameaça de doença um dos elementos constitutivos da saúde.

TERRIS (1992) descreve detalhadamente os fatores determinantes da situação de saúde de um país com base nos seguintes critérios: riscos específicos e seus determinantes, serviços de saúde, fatores gerais relacionados ao desenvolvimento e acesso aos frutos desse desenvolvimento e compromisso político e ideológico com o nível de vida, a prevenção, a atenção médica e a reabilitação. A resultante de todas essas forças se expressa como medida de situação de saúde.

Para o referido autor, muitos dos riscos para a saúde são produzidos pela própria humanidade, como radioatividade, gorduras saturadas, uso de álcool e tabaco. Assim, para TERRIS (1992), o saneamento do meio ambiente é mais abrangente do que o considerado por Winslow, em 1920, no sentido de determinar situações de saúde e situações de crise na saúde.

Discutindo a crise atual da Medicina, FOUCAULT (1974) afirma:

“Uma série de fenômenos como a recusa radical e bucólica da Medicina em proveito de uma reconciliação não-técnica com a natureza, temas como o milenarismo e o medo de um apocalipse da espécie, tudo isso é, de maneira difusa na consciência das pessoas, o eco, a resposta a essa inquietação técnica que os biólogos e os médicos começam a demonstrar quanto aos efeitos de sua própria prática e do próprio saber. Não é mais o não-saber que é perigoso, mas o próprio saber. E o saber é perigoso não somente por suas conseqüências imediatas ao nível do indivíduo ou de grupos de indivíduos, mas ao nível da própria história. Essa é uma das características fundamentais da crise atual” (FOUCAULT, 1974, p. 12).

Para FOUCAULT (1974), a oposição à medicina terapêutica inclui um conjunto de fatores que propõe uma arte desmedicalizada da saúde, da higiene, da alimentação, de ritmo de vida, de condições de trabalho, de condições de habitação, etc. Tomando o exemplo da higiene, o autor afirma que o que hoje é higiene corresponde a certo número de regras que são estabelecidas e codificadas por um saber biológico e médico, quando não é a própria autoridade médica, em sentido estrito, que é a sua portadora ou o centro de sua elaboração. Ele exemplifica, do mesmo modo, o que ocorre com a Psiquiatria, que teve como primeira forma de oposição a Psicanálise e que, na atualidade, é uma forma de medicalizar, mesmo quando se trata de antipsicanálise, pois se trata ainda de uma atividade e de um discurso de tipo médico mais ou menos elaborados em uma perspectiva médica ou com base em um saber médico. E conclui que “a antimedicina só pode objetar à Medicina fatos ou projetos investidos de uma certa forma de medicina e também que não se consegue sair da medicalização e que todos os esforços nesse sentido remetem a um saber médico” (FOUCAULT, 1974, p. 16).

O mesmo autor defende que o investimento na patologia torna-se uma forma geral de regulação da sociedade e que a Medicina não tem mais exterior, que a dimensão da medicalização não encontra mais limite e que “certo número de resistências populares à medicalização deve-se justamente a esse investimento perpétuo e constante” (FOUCAULT, 1974, p. 17).

FOUCAULT assinala ainda que a Medicina é usada como instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho para o funcionamento da sociedade moderna e, mais ainda, que é diretamente capaz de produzir riqueza, sendo a saúde objeto de consumo para uns (os doentes potenciais ou atuais) e de lucro para outros (médicos, laboratórios, indústria farmacêutica, etc). A saúde tornou-se, então, importante objeto econômico e entrou no mercado. Foucault complementa que “o corpo humano entrou duas vezes no mercado: uma primeira vez pelo assalariamento e uma segunda vez por intermédio da saúde” (FOUCAULT, 1974, p. 18).

“Enquanto a Acupuntura vê o paciente de uma forma geral, na qual ele está inserido, e procura a causa do distúrbio e seu ciclo até aquele momento, a medicina convencional, apesar dos méritos da alta tecnologia, está cada vez mais vendo partes do todo, tratando sintomas, se esquecendo de que o foro da Medicina é o indivíduo em seu meio.” (F, fem., 31 a, Pediatria)

LUZ (2005) refere-se à crise da saúde como uma conjuntura de natureza socioeconômica, cultural e epidemiológica, relacionada à ampliação das desigualdades sociais, causadora de graves problemas de natureza sanitária, como desnutrição, doenças infectocontagiosas, doenças crônico-degenerativas e violência, além do recrudescimento de antigas doenças, tais como a tuberculose e a sífilis, e também do surgimento de novas doenças, a exemplo da aids. O autor afirma que a crise da saúde tem dois componentes: a crise sanitária e a crise médica, que envolve culturalmente as relações entre medicina e sociedade, sendo a base para o sucesso da chamada Medicina alternativa.

“Hoje em dia qualquer profissional enfrenta dificuldades para se inserir no mercado de trabalho em nosso país, onde não se valoriza o conhecimento. Na Medicina, vem crescendo o desrespeito à profissão, com condições ruins de executar o trabalho médico, aliadas à baixa remuneração. Por outro lado, existe a falta de ética médica, que gera mal-estar e faz crescer o desrespeito. Para piorar esse ciclo vicioso, o aumento do número de profissionais com o aumento do número de faculdades faz com que piores os salários, piore a qualificação, piore a relação ética.” (F, fem., 31 a, Pediatria)

Nesse modelo de saúde em crise, existe insatisfação tanto da clientela e dos usuários dos serviços de saúde, quer públicos ou privados, como dos médicos e demais profissionais de saúde. Tal descontentamento pode já ser notado no meio acadêmico durante a graduação, situação que pode ser constatada pelas críticas de estudantes de medicina a tal circunstância vigente (IORIO, 2004).

5.2.1.2. (In)Satisfação com a Especialidade Médica Que Exerce e Desejo de Mudança

Entre os sujeitos que se manifestam insatisfeitos em diferentes graus com a especialidade que exercem, uma parcela expressiva parece refletir para uma possibilidade de mudança. Em outras palavras, existe, para 50,0% dos formandos, a expectativa de mudar da especialidade que exercem para a Acupuntura.

“A minha especialidade é insuficiente, por isso procurei a Acupuntura. A medicina convencional é necessária, mas não absoluta, pois falha em compreender o homem como ser íntegro com alma-corpo-mente.” (I, masc., 34 a, Cardiologia)

“A especialidade na medicina convencional é eficiente quando bem aplicada, porém apenas curativa. Na minha especialidade, no meu campo de trabalho, temos de aplicar a medicina preventiva e a promoção à saúde, porém o resultado é insatisfatório.” (I, fem., 40 a, Medicina da Família e Comunidade)

“A medicina ocidental é extremamente segmentada, com suas especialidades difíceis de ser compartilhadas. Tenho necessidade de saber e aprender coisas diferentes na Medicina, depois de tanto tempo de formado.” (I, masc., 51 a, Cirurgia Vascular)

Nesta última fala, o sujeito expressa uma condição freqüente entre os médicos, isto é, depois de tanto tempo de formado, não é incomum ocorrer a insatisfação com a Medicina e com a atividade médica.

É constatação dos professores de cursos de Acupuntura para médicos que a faixa etária dos colegas que procuram essa habilitação vem caindo com o passar dos anos. Anteriormente, há mais ou menos 20 anos, tais cursos eram freqüentados principalmente por médicos que contavam com cerca de 10 a 20 anos de formado. Eles procuravam a Acupuntura na tentativa de preencher lacunas da medicina convencional que os tornavam insatisfeitos com a Medicina. Muitos se declaravam frustrados e desiludidos com a profissão e procuravam, então, no novo curso, uma abordagem diferente da Medicina.¹⁶

De acordo com MACHADO (1999), 80% dos médicos gostam de ser médicos e a profissão apresenta taxa de apenas 0,3% de abandono, embora 80% dos que a exercem refiram desgaste profissional. A autora constatou que apenas 19,6% dos médicos no Brasil afirmam não sentir desgaste com a profissão e que, entre os motivos apontados para esse fato, aparecem satisfação profissional e amor à profissão em 40% dos casos, boas condições de trabalho em 15% e atividade profissional equilibrada, não requerendo múltiplos vínculos, em 9% das vezes.

Relativamente à satisfação com a profissão, MACHADO (1999), em pesquisa realizada com médicos de todo o território nacional, pôde constatar, como motivos de desgaste profissional, o excesso de trabalho/multiemprego (27%), a baixa remuneração (17%), as más condições de trabalho (16%), a área de atuação/especialidade (9%), o excesso de responsabilidade e a relação de vida e morte com os pacientes (12%). É interessante notar que, entre os médicos que declaram desgaste profissional, o problema aparece em mais de 90% das vezes em 14 especialidades: Hansenologia (97,7%), Hemoterapia (96,6%), Cirurgia da Mão (95,8%), Nefrologia (95,6%), Mastologia (95,3%), Reumatologia (94,5%), Pneumologia (93,3%), Neurocirurgia (93,1), Anestesiologia (92,4%), Ortopedia e Traumatologia (91,0%), Geriatria e Gerontologia (90,7%), Hematologia (97,0%) e Tisiologia (90,5%). Nesse grupo

de especialidades, MACHADO (1999) considera que, devido às dificuldades operacionais e de recursos e até mesmo ao confronto com a morte associado a tais especialidades, pode prevalecer o sentimento de impotência do médico, o que pode ser relacionado aos motivos para o desgaste profissional. A autora acrescenta que, na maioria dessas especialidades, o médico acompanha o lento sofrimento do paciente, que geralmente não leva à cura, não tendo muito a fazer.

NOGUEIRA-MARTINS (2005) afirma que a atividade médica pode comumente gerar ansiedade, que, se não for resolvida, pode levar a adaptações patológicas. O mesmo autor acrescenta que, em indivíduos mais vulneráveis, podem ocorrer distúrbios emocionais desencadeados pela adversidade psicológica peculiar à atividade médica.

Pudemos observar a referência a aspectos de desgaste profissional entre nossos entrevistados, conforme ilustra a fala seguinte:

“Sou feliz na vida profissional, mas quero ganhar dinheiro suficiente com a Acupuntura para poder largar minha especialidade atual e lidar menos com a morte.” (F, fem., 37 a, Hematologia)

Outros fatores podem ser lembrados para explicar o desgaste diferenciado nas diferentes especialidades, com suas particularidades. Além dos já citados, devem ser considerados a idade do médico, as condições de remuneração e as condições de trabalho, entre outros.

“Procurei a Acupuntura, em primeiro lugar, por sentir falta de contato maior com os pacientes na minha especialidade, em segundo lugar, para compreender minhas próprias doenças e, em terceiro lugar, para sair do ambiente fechado do centro cirúrgico e melhorar minha qualidade de vida. [grifo nosso]” (F, fem., 34 a, Anestesiologia)

¹⁶ Comunicações pessoais de médicos que são acupunturistas há muitos anos e têm contato com o meio médico universitário.

"Não poder errar é muito desgastante! É muito desgaste pessoal para pouca remuneração." (F, fem., 37 a, Hematologia)

"Há falta de respeito dos pacientes, que muitas vezes 'apedrejam' para depois tentar nos conhecer. Isso é desgastante demais! Além da falta de ética entre os próprios médicos, bastante triste, que se percebe facilmente na referência/contra-referência entre especialistas e generalistas, por exemplo." (F, fem., 28 a, residente em Saúde da Família e Comunidade)

"As principais dificuldades de ser médico hoje, em minha opinião, são o não-reconhecimento do nosso empenho e o desrespeito por tantos anos de estudo." (F, fem., 44 a, Homeopatia)

Interessante notar que, no trabalho de MACHADO (1999), entre os homeopatas, apareceu um índice de 67,0% de desgaste, o que pode ser em parte atribuído ao fato de a homeopatia, que é especialidade desde 1980 (relativamente recente na época da pesquisa anteriormente citada), apresentar características paradigmáticas que confrontam a medicina convencional. Esse fato ocorre de forma semelhante com a Acupuntura, podendo, assim, ser fator gerador de conflitos e estresse dos médicos da especialidade quando em confronto com a medicina convencional.

Entre as especialidades cirúrgicas, existe uma percepção homogênea de desgaste, em torno de 80% a 85%.

Os médicos que referem menos desgaste encontram-se distribuídos nas especialidades de apoio diagnóstico ou terapêutico, uma vez que têm maior controle sobre seu próprio trabalho e resultados mais perceptíveis. Assim, temos, por exemplo, Radiologia com 64,2%, Medicina Nuclear com 33,7%, Genética Clínica com 24,2% e Fisiatria com 10,4%. O menor índice, de 9,1%, encontra-se entre os que exercem Medicina de Tráfego.

Observamos que, nesse levantamento, ainda não aparecem os médicos acupunturistas porque a especialidade encontrava-se, à época, em processo de

reconhecimento pela Associação Médica Brasileira (AMB), o que ocorreu em 1995, tendo sido a prova de título de especialista realizada em 1999 pela primeira vez.

Em pesquisa feita pelo CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2005) por regiões do Brasil, a especialidade de Acupuntura já aparece e 3,7% dos médicos pesquisados referem ter realizado essa especialização na Região Sudeste.

Na atual conjuntura, é relevante a acumulação de trabalho nos setores público e privado, no consultório, no serviço filantrópico e na atividade docente. O consultório foi o local de trabalho com maior índice de respostas (66,5%), acompanhado de perto pelos setores público (65,2%) e privado (54,1%).

No âmbito nacional, o setor público predomina (69,7%), sendo seguido do consultório (67%) e do setor privado (53,8%). Há oito anos, a atividade em consultório também predominava na Região Sudeste, porém com índice bem mais elevado (73,9%), e era seguida da presença dos médicos no setor público (66,8%) e no setor privado (59,9%) (MACHADO, 1999). O exercício da profissão no setor filantrópico e na atividade docente atrai apenas cerca de 20% dos médicos nessa região, como ocorre no restante do País.

Especialidades médicas e médicos das diferentes especialidades têm sido objeto de estudos científicos.

Estudando as diferentes personalidades de cirurgiões, ZELDOW e DAUGHERTY (1991) encontraram, nesses especialistas, características de agressividade, resistência, competitividade, independência, dominância e controle interno.

Segundo MELEIRO (1999), a escolha da especialidade médica envolve fatores como personalidade, talentos, origem geográfica e familiar, experiências clínicas e atrativos sociais e financeiros inerentes a certas especialidades, além de auto-estima e forma de lidar com a ansiedade diante do estresse.

De acordo com MANENTE (1997), a escolha da especialidade médica está sujeita às influências de caráter cultural, social e psicológico dos médicos e das famílias das quais eles provêm. Essas influências, manifestadas pela origem e pelo capital simbólico e econômico, são incorporadas pelo médico e continuam presentes em sua prática, interferindo em concepções, abordagens e conceitos sobre o médico e a Medicina.

Segundo HOIRISCH (1976), o papel do médico – que é parte fundamental em qualquer processo terapêutico – na sociedade atual é bem definido em relação ao paciente, o que não impede que médicos de diferentes especialidades se comportem de formas diferentes no cuidado de seus pacientes. De acordo com o mesmo autor, o conceito de papel é traço de união entre a Psicologia e a Sociologia. Estudando o médico como paciente e a relação médico-paciente, HOIRISCH conclui que esse profissional se encontra submerso em seu papel. Assim, se o médico, confundido com a ação social que lhe é atribuída, torna-se paciente, ocorre ruptura de sua identidade. Por outro lado, o autor conclui ainda que o médico pode ser melhor médico para seu paciente se compreender que também ele é humano, mortal e com reações emocionais.

Especialização e superespecialização não são exclusivas da Medicina, mas antes uma forma da sociedade ocidental em geral organizar seus saberes e práticas. CASANOVA (2006) assinala a origem aristotélica desse tipo de organização, o qual, na Idade Média, foi imposto autoritariamente, com os sábios estando acima dos leigos e a sabedoria, acima dos sábios, atribuindo-se à disciplina o pleno saber dizer, ou seja, só pertencia à disciplina aquele que ponderava com indiscutíveis argumentos que fizessem parte do campo dessa disciplina. Tais conceitos, ainda segundo o mesmo autor, chegam à nossa época na forma de ensino da “ciência única” (aspas do referido autor), que nomeia a ciência e os cientistas como protótipos de sabedoria acumulada, exaustiva e exata, sendo os sábios assessores do poder. CASANOVA (2006) ainda acrescenta que Aristóteles buscou uma visão de conjunto combinada com os saberes de conhecimentos especializados. Por outro lado, critica o autoritarismo presente no aristotelismo, dentre outras correntes filosóficas, que faz da disciplina uma forma de dominação do conhecimento e que conduz à apropriação da ciência e do saber pelo Estado, colocando-se como obstáculo ao desenvolvimento de raciocínio de características intersubjetivas e críticas.

Fica reforçada, dessa maneira, a idéia de que interdisciplinaridade e especialidades interdisciplinares favorecem o surgimento de uma reflexão mais abrangente e crítica dentro da Ciência, que pode conseqüentemente voltar-se para as reais necessidades e anseios do ser humano.

Dessa forma, atrelar as disciplinas ao poder e à ciência hegemônica, e assim acarretar a possibilidade de ofuscar a diversidade de pensamentos, pode levar ao sentido inverso do crescimento e do desenvolvimento de um saber e de uma ciência que estejam adequados às reais necessidades da população.

Por um lado, a especialização e a subespecialização que existem na Medicina atual podem teoricamente proporcionar atendimento médico mais adequado a cada situação de saúde em particular. Por outro lado, o que se observa na prática é que a oferta das especialidades médicas apresenta-se para a população, principalmente a mais carente, de modo desorganizado e não-inclusivo, nem equânime, nem universal, nem proporcionado pelo Estado com gratuidade. É necessário que a oferta de especialidades médicas à população, sobretudo para a mais carente, ocorra no sentido de atender às reais necessidades de saúde de acordo com a demanda existente, com o fito de reverter o presente quadro desenhado acima. De acordo com VAITSMAN (1992), pensar em atender às diferentes e singulares necessidades humanas, entre as quais as de saúde, passa por recriação da vida cotidiana em novos fundamentos, nos quais a sociedade considere uma visão ampla de saúde, incluindo fatores quase nunca vistos nesse aspecto, como lazer, afeto, sexualidade e relações com o meio ambiente. O mundo da vida cotidiana é um mundo de significações, que devemos compreender para nos orientar e nos remeter às ações humanas, às atividades significativas dos atores humanos (SCHUTZ, 1972).

Para que haja correspondência entre atendimento efetivo às necessidades de saúde, estas devem ser consideradas em uma visão mais completa e abrangente dos vários componentes da vida do indivíduo, em particular, e da população em geral.

5.2.1.3. Inserção da Acupuntura num Panorama de Crise na Saúde e na Medicina

Embora reconheçam a necessidade do avanço científico e tecnológico na Medicina, os sujeitos desta pesquisa consideram a medicina convencional incompleta e criticam o sistema de saúde no País. Caracterizam a crise na Saúde e na Medicina por um contexto de descaso governamental com a saúde e desrespeito à profissão de médico, insuficiência salarial e piora da qualificação profissional. Consideram que a Medicina valoriza a doença, é limitada, muito cara, de difícil acesso para todos os setores da população, tóxica e com muitos efeitos colaterais e contra-indicações. Referem também que a medicina atual é mercantilista e pouco humanista e criticam a indústria farmacêutica.

“A medicina convencional é muito boa em termos de tecnologia, mas deixa a desejar no que se refere à relação médico-paciente, devido ao descaso em que é colocada pelos governantes.” (I, masc., 36 a, Anestesiologia)

Embora as situações de crise se configurem como pré-condições básicas para a emergência de novas teorias, no entender de KUHN (2003), os cientistas, ainda que possam começar a perder a confiança e a considerar outras possibilidades, não abdicam do paradigma que os conduziu à crise. O autor afirma ainda que os cientistas também não consideram as anomalias como exemplos que neguem suas afirmações, o que denomina contra-exemplo.

Entende-se por paradigma as realizações científicas geradoras modelos que, por período mais ou menos longo e de modo mais ou menos manifesto, orientam o desenvolvimento posterior das pesquisas exclusivamente na busca da solução para os problemas por elas suscitados. Trata-se, para os cientistas, de resolver os problemas que são colocados, os quebra-cabeças próprios de cada paradigma. A crise, de acordo com KUHN (2003), apresenta-se quando o problema que é colocado para a ciência normal já não pode ser resolvido pelo

modelo estabelecido, por se tratar de algo mais que um quebra-cabeça, ocorrendo, então, a transição para a ciência extraordinária.

Ou seja, uma teoria científica, depois de ter alcançado a condição de paradigma, somente é considerada inválida quando existe uma alternativa disponível para tomar seu lugar. Aceitar um novo paradigma implica rejeitar previamente um modelo preponderante, situação que envolve comparações de ambos os paradigmas entre si e com a natureza. O novo modelo origina-se no interior do próprio paradigma vigente, em decorrência da crise que nele surge, e provoca proliferação de versões do paradigma, enfraquece as regras de resolução das dificuldades da ciência normal, o que permite emergir o novo paradigma. A própria anomalia passa a ser mais comumente reconhecida como tal pelos cientistas. Um número cada vez maior de cientistas eminentes do setor passa a dedicar-lhe uma atenção sempre maior. Se a anomalia continua resistindo à análise (o que geralmente não acontece), muitos cientistas podem passar a considerar sua resolução como o objeto de estudo específico de sua disciplina. Dessa maneira, as leis da ciência normal vão tornando-se cada vez menos identificáveis com o paradigma hegemônico, tornando-se os próprios cientistas discordantes com relação a qual seja esse paradigma. A transição para um novo paradigma é uma revolução científica demarcada pela proliferação de articulações concorrentes, pela disposição de tentar qualquer coisa, pela expressão de descontentamento explícito e pelo recurso à filosofia e ao debate sobre os fundamentos, os quais são sintomas de uma transição de pesquisa normal para a extraordinária.

Transpondo esta discussão para a situação de crise encontrada na saúde, fica mais fácil compreender a transição de paradigma em que nos encontramos, na constatação de falência de antigos modelos que, na prática, comprovaram sua ineficiência e ineficácia para resolver os problemas de saúde mais prevalentes. Assim, problemas de saúde multiplicam-se e agravam-se, ao mesmo tempo em que a evolução tecnológica avança e abarca grandes investimentos de recursos de toda ordem. Ao avanço científico, não corresponde melhora equivalente em saúde e qualidade de vida de grandes contingentes populacionais.

Também no plano individual, as pessoas, vivendo em ambientes altamente competitivos, padecem de falta de perspectiva ou sucumbem a esse sentimento, sofrem de insegurança, queixam-se de transtornos emocionais que atrapalham suas atividades diárias e interferem em seus relacionamentos, desestruturam-se em termos pessoais e familiares, sentem falta de realizações e apresentam sensação de “vazio”, o que, na Medicina Tradicional Chinesa, é o vazio de *Qi*, que muitas vezes as leva a buscar falsas soluções, como o abuso de álcool e drogas, atitudes violentas e situações decorrentes de crises depressivas e de ansiedade, entre outras.

Com esse panorama, não é possível para o indivíduo ter saúde ou manter-se saudável, no sentido amplo do termo, quer dizer, não são satisfeitas as reais necessidades de saúde das pessoas. Se essa situação assim se apresenta, é tanto mais grave para os indivíduos com menor poder aquisitivo e escasso acesso social aos recursos de saúde. Existe, pois, nos dias atuais, um contexto de crise de paradigma e de transição para um novo paradigma que vem sendo germinado no bojo da sociedade contemporânea em transformação.

Não apenas para o doente, usuário dos serviços de saúde, a situação de crise é indesejável, porque só contribui para a piora do seu nível de saúde e o aumento do seu sofrimento, como também para o médico, que vê seus esforços não resultarem em efetivo benefício para o paciente. Para o médico praticante da medicina oficial, é muitas vezes frustrante a limitação da abordagem de seu paciente, das possibilidades diagnósticas e das intervenções terapêuticas que a medicina convencional proporciona. É no anseio do aumento do grau de satisfação pessoal e profissional e do exercício pleno da medicina que o médico se lança à procura de formas mais abrangentes de tratar seu paciente. Esse é um dos aspectos que o médico busca na prática da Medicina Chinesa/Acupuntura.

“A realização do curso apenas me mostrou que a Acupuntura é muito mais efetiva do que eu pensava, além de eu achar interessante o link entre o ocidental e o oriental. Aprendi a associar as duas medicinas, mas acho a convencional bem

limitada no tratamento das doenças. A medicina convencional é efetivamente limitada e não vê o indivíduo como um todo. A medicina chinesa é limitada em doenças com comprometimento orgânico, porém mesmo assim ainda tem uma boa ação.” (F, fem., 30 a, Medicina do Trabalho)

“A medicina convencional é envolvente, porém valoriza a doença e está cada vez mais apoiada na tecnologia. A Acupuntura valoriza a saúde, está evoluindo e se adequando à linguagem dos tempos atuais. Na Acupuntura, é necessário maior envolvimento do médico no processo de tratamento. A Acupuntura é mais próxima do paciente e mais afetiva, valoriza as emoções. Acho interessante associar as duas abordagens, elas são complementares.” (F, fem., 42 a, Endocrinologia)

Desde 1976, a Organização Mundial da Saúde preconiza a utilização de práticas de saúde alternativas ou complementares não institucionalizadas e estimula a integração de conhecimentos e técnicas de eficácia comprovada existentes na medicina popular tradicional com a medicina ocidental (WHO, 2000). Na Conferência de Alma-Ata¹⁷ em 1978, a Organização Mundial da Saúde recomendou formalmente a utilização dos recursos da medicina tradicional e popular pelos sistemas nacionais de saúde, reconhecendo, inclusive, os praticantes dessa medicina como importantes aliados na organização e na implementação de medidas para aprimorar a saúde da comunidade.

A Organização Mundial da Saúde tem estimulado a formação de sistemas de saúde fundamentados em tecnologia simplificada, porém eficaz, e o resgate da responsabilidade da saúde pelo indivíduo. Nessa perspectiva, o médico acupunturista assume, juntamente com o paciente, o controle do processo de cura, sem rendição ao paradigma científico dominante, à lógica burocrática do sistema de saúde e à indústria farmacêutica e hospitalar.

Não se trata de insanamente negar os espantosos conhecimentos que a Ciência

¹⁷ http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf acessado em 20/06/2007.

tem proporcionado por meio do avanço tecnológico, mas de associar o aspecto humano, subjetivo, de ampliar a visão de medicina e ciência em uma abordagem holística. A dominação da medicina científica no tratamento das doenças, como demonstram ADAM e HERZLICH (2001), foi posta em evidência por intermédio da sociologia da medicina e da doença. Isso quer dizer que as ciências sociais demonstraram ser impossível ter ocorrido o desenvolvimento científico como consequência somente do avanço do conhecimento, porque a própria Ciência é um produto social. Dessa forma, se, por um lado, observamos a ampla evolução moderna da Medicina, por outro lado, podemos constatar os limites dessa evolução, como bem ilustra a aids, patologia que evidencia que a abordagem meramente técnica e científica da medicina biomédica é muito limitante. Ou seja, no estudo e no combate à doença, não só interessam seus aspectos definidos pela ciência científica, mas importam também suas interconexões com os aspectos sociais. Os autores complementam que a sociologia da doença e da medicina deve encontrar formas de articulação com a sociologia da ciência e das políticas públicas, no sentido de ampliar a perspectiva de alcance da Medicina e de minimizar situações de crise com custos sociais e psicológicos, tanto para os pacientes como para os médicos.

“O processo saúde-doença está muito relacionado à cultura, aos costumes da sociedade, às obrigações (ou a como encaramos as obrigações). Relaciona-se à liberdade de escolha do que podemos fazer com nosso próprio tempo. Está ligado à nossa satisfação conosco e com a vida e com as emoções. A infelicidade é uma grande causa de doenças nos dias de hoje, tanto que as chamadas doenças psicossomáticas estão sendo muito comentadas.” (I, fem., 39 a, Saúde Pública)

“A medicina convencional está cada vez mais avançada, graças às pesquisas, mas incapaz de explicar todo o processo de adoecimento.” (I, masc., 27 a, Clínica Médica)

“A doença muitas vezes não é somente o que o paciente se limita a se queixar, mas, sim todo um complexo que abrange também família, trabalho, alimentação e atividade física.” (I, masc., 27 a, Clínica Médica)

“Acredito que o processo de saúde–doença esteja relacionado ao nosso equilíbrio energético. Quando, por vários motivos, nos desenergizamos ficamos propensos a desenvolver determinadas doenças, as quais, por sua vez, levam a uma maior perda energética, instalando-se um ciclo. Quando, além de atuarmos na matéria, pudermos também interferir na energia do ser humano, talvez possamos curar as doenças.” (I, fem., 41 a, Pediatria)

A Acupuntura pode proporcionar um resgate da medicina holística, uma vez que é essencialmente clínica, percebe os vários aspectos do adoecimento da pessoa e trata os males do corpo e da alma. Na Acupuntura, o raciocínio clínico é muito valorizado e a relação subjetiva tende a ser mais enfatizada, sendo a medicina exercida de modo artesanal e estando o médico mais próximo daquele modelo dos primórdios da medicina da época de Hipócrates. No método clínico, com base nos sintomas e sinais do paciente, obtidos por meio da história, do exame físico e do raciocínio clínico, o médico é capaz de estabelecer um diagnóstico e traçar uma conduta terapêutica, determinando uma prática médica de caráter individual e altamente resolutive. O método clínico da Medicina Chinesa tem característica holística, avaliando aspectos de equilíbrio entre matéria e energia do indivíduo, inserido em seu meio (IORIO, 2004).

CAPRA (2000a) afirma que o paradigma cientificista, que dominou nossa cultura por vários séculos, está retrocedendo por ser inadequado e insuficiente para o mundo contemporâneo está emergindo então um novo paradigma, que corresponde a uma visão holística do mundo, que enfatiza o todo em vez das partes, que o autor chama também de visão ecológica de mundo, com sentido mais amplo e profundo do que usualmente é empregado. De acordo com o mesmo autor a consciência ecológica, nesse sentido profundo, reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos e o perfeito entrosamento dos indivíduos e das sociedades nos processos cíclicos da natureza. Essa profunda percepção ecológica está agora emergindo em várias áreas de nossa sociedade, tanto dentro como fora da ciência. O paradigma

ecológico é alicerçado pela ciência moderna, mas se acha enraizado numa percepção da realidade que vai além do arcabouço científico, no rumo de uma consciência da unidade de toda a vida e da interdependência de suas múltiplas manifestações e de seus ciclos de mudança e transformação. Em última análise, essa profunda consciência ecológica é consciência espiritual, entendida como o modo de consciência em que o indivíduo se sente ligado ao cosmo como um todo, fica claro que a percepção ecológica é espiritual.

Em harmonia com esta visão está a Acupuntura, que faz parte da Medicina Chinesa, cuja visão oriental do mundo tem, como característica mais importante, a consciência da unidade e da inter-relação de todas as coisas e eventos. De acordo com CAPRA (2000 b), a essência dessa visão, a experiência de todos os fenômenos do mundo como manifestações de uma unidade básica, é o *Tao*, a base do taoísmo.

Na vida diária, escapa-nos essa unidade de todas as coisas, o que, em certa medida, é útil e necessário para que possamos enfrentar as dificuldades que o ambiente nos apresenta cotidianamente. Mas essa divisão é, na realidade, uma abstração produzida pela nossa intelectualidade habituada à discriminação, à fragmentação, à categorização e ao reducionismo. Dessa forma, para as tradições orientais ditas místicas, o principal objetivo consiste em reajustar a mente, centrando-a e aquietando-a por meio da meditação, segundo CAPRA (2000 b), e, acrescentamos nós, por meio da terapêutica por Acupuntura, que pode proporcionar tratamento do corpo e da mente.

O citado autor avalia que a referida unidade básica do universo não constitui apenas a característica central da experiência mística, mas também é uma das mais importantes revelações da física quântica (CAPRA, 2000b).

A Acupuntura cresceu de maneira significativa em popularidade no mundo todo desde a década de 1970 (WHITE e ERNEST, 2001a; WHORTON, 2001; WHO, 2004) e o crescimento no Ocidente fez com que a Acupuntura fosse valorizada na Ásia Oriental (WHO, 2004). A Organização Mundial da Saúde relata que ajudou o desenvolvimento de programas de Acupuntura na China, o que originou a formação de pessoal em mais de cem países. De acordo com BIRCH

e FELT (2002), ocorre maior número de tratamentos por Acupuntura nos países menos industrializados, nos países onde essa especialidade faz parte da medicina tradicional, onde é terapia pouco onerosa e onde há incentivo político e econômico. Nos países industrializados, a Acupuntura é mais popular onde é praticada por médicos, fazendo parte das especialidades que são oferecidas à população.

5.2.1.4. Visão dos Médicos de Espaços de Prática

A grande variabilidade de especialidades médicas e de locais de exercício da medicina contribui para a complexidade do quadro dos espaços de prática. Os médicos respondentes manifestam intenção de exercer Acupuntura em consultório, hospitais e ambulatorios públicos e privados, centros de saúde e instituições ligadas ao ensino. A maior parte já se encontra inserida em serviços de saúde onde exercem a profissão no atendimento a pacientes. A maioria dos médicos respondentes ingressantes (79,6) almeja exercer Acupuntura em consultório de forma liberal e alguns admitem que podem prestar atendimento a pacientes particulares e conveniados em seus consultórios.

“Quero levar meus novos conhecimentos à prática no atendimento dos pacientes pediátricos. Tenho planos de, quem sabe, poder criar um ambulatório de Acupuntura somente para crianças.” (I, fem., 41 a, Pediatria)

“Procurei a Acupuntura por curiosidade e para exercer medicina ambulatorial, a qual eu nunca exerci.” (F, fem., 42 a, Clínica Médica)

“Procurei a Acupuntura pela possibilidade de uma abordagem mais completa do ser humano. Em termos profissionais, por temer que, no futuro, minha especialidade possa ficar ruim no sentido material, ou

seja, vou precisar de outra fonte de renda, de uma especialidade de futuro.” (F, masc., 33 a, Anestesiologia)

“A prática da Acupuntura é diferente das outras especialidades porque considera o ser humano de forma mais completa, orientando mudança de hábitos e, assim, podendo prevenir doenças.” (I, fem., 28 a, Saúde da Família e Comunidade)

“No momento, não tenho atividade médica e procurei o curso de Acupuntura para ter uma chance de voltar para a Medicina por meio de uma especialidade que vê o paciente como um todo. Penso em instalar uma clínica.” (I, masc., 47 a, Oftalmologia, não exerce medicina)

Alguns médicos encontram na Acupuntura uma forma de realizar tratamento de doentes ambulatoriais, visto que, até então, exerciam medicina em especialidades como Anatomia Patológica, Medicina Diagnóstica e outras em que não ocorre o contato direto com o paciente.

“A Medicina Chinesa é uma medicina mais voltada para os processos de adoecimento, com maior valorização do indivíduo, e não da doença. É uma medicina que está evoluindo e se adequando à linguagem dos tempos atuais. A medicina convencional é uma medicina também envolvente, porém está apoiada cada vez mais na tecnologia. Procurei o curso de Acupuntura para acrescentar uma nova abordagem terapêutica e também para obter conhecimento pessoal.” (F, fem., 42 a, Clínica Médica/Endocrinologia)

“...eu adoro o que faço. Adoro meus pacientes, adoro atender em consultório e adoro operar.” (F, fem., 35 a, Oftalmologia)

No tocante à prática de característica liberal da medicina, POSSAS (1981) afirma que a assimilação da ideologia liberal ocorre na Escola Médica por meio de conflito entre o discurso liberal e as práticas empresariais. Segundo a mesma autora, o discurso liberal ainda se mantém, pois preenche uma função

importante que é a de preservar no plano ideológico do médico assalariado o ideal de autonomia, mesmo que seja uma perspectiva remota.

Os médicos, no nosso estudo, aspiram exercer a medicina com autonomia, com melhor remuneração, com melhores condições de trabalho e com maior prestígio social e na classe médica, tanto no setor privado como no público.

“O médico sofre pressão no trabalho, alta competitividade e atitudes antiéticas. As cobranças cada vez aumentam mais e o salário continua o mesmo há anos.” (F, masc., 36 a, Cardiologia)

Para o Ministério da Saúde (MS), “a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura é a tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde/doença, podendo ser usada de forma isolada ou integrada com outros recursos terapêuticos médicos”. Originária da Medicina Tradicional Chinesa (sistema médico complexo), a Acupuntura se vale de um conjunto de procedimentos geralmente invasivos, aplicados com base nos conceitos dessa medicina, os quais permitem o estímulo preciso de locais anatômicos, definidos por meio da inserção de agulhas metálicas filiformes, para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde, bem como para a prevenção de doenças. No Brasil, a Acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu, na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) Sistema Único de Saúde¹⁸ (SUS), a consulta médica em Acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo País. Essa política foi pactuada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em 17 de fevereiro de 2005¹⁹.

Em 1986, surgiu oficialmente no Brasil a proposta de introdução de práticas alternativas de assistência à saúde, no âmbito dos serviços de saúde, no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

¹⁸ Sistema Único de Saúde (SUS): o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (Lei nº 8.080/90).

¹⁹ SUS de A a Z on-line, em 22 de julho de 2006, <http://www.saude.gov.br/susdeaz>.

1986), possibilitando, ao usuário, o direito, pelo menos teoricamente, de escolher sua terapêutica preferida. Há também nesse relatório a recomendação de inclusão de conhecimento de práticas alternativas no currículo de ensino em saúde. Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), constituída pelos secretários-gerais dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação e Trabalho, criou diretrizes, procedimentos e rotinas para a implantação de terapia alternativa no Sistema Único de Saúde.²⁰

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), que, a partir das experiências existentes, definiu as abordagens da Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) no SUS. Incluem-se, nesse universo, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Homeopatia, a Fitoterapia e a Medicina Antroposófica, que se reflete na demanda pela sua efetiva incorporação ao SUS. Essa política foi pactuada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em 17 de fevereiro de 2005, com a consideração de ser amplamente divulgada após aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) financia a consulta médica em Homeopatia e em Acupuntura na tabela de produção ambulatorial. Lembramos, porém, que, na prática, ainda há escassez de atendimento médico público de Acupuntura.

Em maio de 2006, o Ministério da Saúde deu força de lei a uma normativa com a Portaria nº 971²¹, que apresenta graves falhas, entre as quais a possibilidade de que a Acupuntura e a Homeopatia, que são especialidades médicas, sejam praticadas por profissionais não-médicos no SUS, fato que vem sendo criticado pelas entidades médicas representativas.

Um outro ponto crítico do setor público é o que diz respeito a fatores relacionados à definição e à tramitação de verbas e prioridades para saúde. Some-se a isso a freqüente submissão das necessidades de saúde e as demais

²⁰ Acessado em www.cremesp.org.br em 20/06/2007.

²¹ Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, do Ministério da Saúde, disponível on-line em 4/5/2006, <http://www.in.gov.br/materias>.

necessidades da comunidade a interesses políticos, que pode, em última análise, interferir na autonomia do médico.

Mesmo tendo em conta as dificuldades assinaladas, em nossa pesquisa, 29,1% dos ingressantes manifestam intenção de exercer Acupuntura no serviço público como uma de suas formas de atuação, a despeito das críticas que apresentam em seus discursos a esse setor. Alguns referem-se especificamente ao Programa de Saúde da Família²² criado em 1994, que conceitualmente prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, dos recém-nascidos, dos idosos sadios ou doentes de forma integral e contínua. É realizado com equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

"A Acupuntura, pela sua filosofia, por ser preventiva e procurar dar atenção integral ao indivíduo, difere da maioria das especialidades, porém aproxima-se da filosofia da saúde da família no seu olhar preventivo e integral." (I, fem., 33 a, Saúde da Família e Comunidade)

"Quero exercer a Acupuntura e também minha especialidade atual." (F, fem., 35 a, Oftalmologia)

"A minha especialidade, a qual gostei muito de aprender e estudar, só me possibilita, no mercado de trabalho, dar plantão, não me dando vínculo com o paciente, continuidade de tratamento e estímulo profissional, bem como ter de trabalhar noites e fins de semana sem perspectiva de mudança." (F, fem., 31 a, Pediatria)

A integração entre a Acupuntura e a Medicina convencional vem ocorrendo na prática profissional e no ensino médico, com a inserção da Acupuntura como especialidade médica e no currículo médico acadêmico, bem como com sua

²² Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): O Ministério; 1994.

crescente aceitação na prática diária dos médicos em nosso meio. Como já constatado anteriormente, a Acupuntura e a Medicina convencional não são práticas que se contrapõem, mas que podem ser aliadas na resolução mais efetiva dos problemas de saúde das pessoas, com menor custo e maior abrangência, proporcionando melhor qualidade de vida (IORIO, 2004).

Para VICKERS (2000), a medicina complementar e a convencional nem sempre tiveram fácil convivência, com ocorrência de ataques mútuos por parte de seus praticantes, tendo recentemente ocorrido mudança nesse tipo de atitude.

É o que também observamos em nossa prática diária, quando podemos constatar que colegas médicos, de outras especialidades, têm encaminhado pacientes para ser tratados pela Acupuntura ou procurado tratamento para eles mesmos ou para seus familiares, bem como quando observamos a procura crescente de médicos por cursos de formação em Medicina Chinesa/Acupuntura. Também por parte dos médicos acupunturistas ocorrem movimentos de aproximação com os médicos convencionais. Além do mais, vem se disseminando entre os acupunturistas, mormente no meio universitário, a prática de realizar pesquisa científica em Acupuntura.

Em se tratando de prática apropriada ao caráter multidisciplinar, ou seja, no relacionamento que estabelece com as diversas áreas do conhecimento no geral e com as demais especialidades médicas e outras profissões da saúde, no particular, a Acupuntura é uma especialidade adequada e necessária a fazer parte do serviço público de saúde, em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde.

Portanto, a Acupuntura é adequada ao serviço de atenção básica à saúde, que consiste em uma estratégia organizada da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, quais sejam: atenção generalizada sem restrição a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada; trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa, e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos

outros níveis de atenção, e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e ao bem-estar (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, a Acupuntura no serviço público de saúde é uma das possibilidades de exercício dessa especialidade.

“A medicina convencional é deficitária na relação médico-paciente, na sua formação (imediatista e centrada na superespecialização). Há um movimento (ainda incipiente) de visão integral do paciente pela estruturação da Saúde Pública por meio da Saúde da Família.” (I, fem., 33 a, Saúde da Família e Comunidade)

No SUS, porém, o tratamento por Acupuntura atualmente existe de maneira bastante discreta, ocorrendo ainda hoje em escala reduzida nesse setor. Na maioria dos casos, o atendimento público está vinculado aos centros de ensino, nas poucas universidades que possuem Acupuntura em seu currículo de graduação médica ou em raros hospitais onde existe a residência médica em Acupuntura. O atendimento dessa especialidade, no nosso país, ocorre em grande parte em clínicas do setor privado.

Os serviços de Acupuntura oferecidos aos usuários do SUS²³ são, já na atualidade, insuficientes para a demanda emergente que se apresenta e que é crescente, como se constata pela espontânea procura dos pacientes, por encaminhamento de médicos de outras especialidades e de outros profissionais de saúde, como psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, entre outros, e pela existência de filas de espera de meses.

Vale acrescentar que o fato de a Acupuntura ser uma especialidade médica incorporada ao SUS amplia, por um lado, o mercado de trabalho para o médico acupunturista e, por outro, fortalece e legitima a Acupuntura como especialidade médica, referendada por um serviço de saúde multidisciplinar, adquirindo, assim, na prática do atendimento público, *status* de especialidade médica e reconhecimento pelos demais especialistas da equipe multidisciplinar.

²³ Disponível on-line: www.amba.org.br e www.smba.org.br, em 8/6/2007.

Compondo os serviços de saúde públicos e privados, o médico acupunturista tem papel generalista, na forma como interage com a equipe de saúde, considerando-se também as outras especialidades médicas dos hospitais, dos ambulatorios, centros de saúde e unidades básicas de saúde. Vale lembrar ainda a atividade de pesquisa científica acadêmica como um dos aspectos da integração com a Medicina científica, motivada pela curiosidade e pelo interesse científico sobre o intrigante modo de ação da Acupuntura.

A especialidade médica Acupuntura, reconhecida pela Medicina no Brasil em 1995, confirma-se na prática de saúde pelo reconhecimento das outras especialidades, da instituição de saúde propriamente dita e dos usuários dos serviços de saúde, configurando espaço de exercício emergente para o médico. Por parte dos usuários dos serviços públicos de saúde, é anseio legítimo que esse atendimento seja ampliado, aprimorado, fortalecido e que seja realizado por médicos.

5.2.1.5. Tarefas da Saúde Pública e da Acupuntura

TERRIS (1992) considera que existe, hoje, exagero na ênfase em serviços de tratamento como centros de atendimento à saúde por uma medicina de característica medicamentosa, tecnológica e fragmentada. O serviço médico não é preventivo, mas curativo e de reabilitação. A definição de TERRIS (1992) incorpora a atenção médica e a reabilitação como parte da Saúde Pública, sem considerar o tratamento como parte da prevenção. Para TERRIS (1992), são quatro as tarefas básicas da Saúde Pública: melhorar bem-estar e capacidade funcional, prevenir enfermidades e lesões, tratar as enfermidades e reabilitar o portador de deficiência.

Em Ottawa, em 1986²⁴, foram listadas as condições e os recursos fundamentais para a saúde: paz, moradia, educação, alimentação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A melhora do setor de saúde

²⁴ http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf acessado em 20/06/2007.

requer firme fundamentação nesses pré-requisitos básicos, o que faz da saúde uma questão de cidadania.

Esse conceito de saúde positiva é baseado não só em um estado subjetivo de bem-estar, mas possui também um componente funcional: a capacidade de o indivíduo participar eficazmente na sociedade, no local de trabalho e na comunidade. Saúde não é só ausência de doença, mas é algo mais, é uma atitude alegre perante a vida, uma aceitação otimista das responsabilidades que a vida impõe ao indivíduo.²⁵ Então, à definição da Organização Mundial da Saúde de 1947 citada por TERRIS (1992), segundo a qual "saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade", o mencionado autor acrescenta: "Saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social que permite funcionalidade ao indivíduo, e não somente ausência de doença".

"Saúde é o processo de equilíbrio, ao longo do tempo, entre o ser humano em suas dimensões física, mental, emocional e o meio ambiente, social, de trabalho, etc." (F, masc., 58 a, Clínica Médica/Pneumologia)

"Na minha opinião sobre saúde e doença, um não existe sem o outro; a doença é um desequilíbrio em alguma instância (emocional, física, psicossocial)." (I, masc., 40 a, Ortopedia)

Para TERRIS (1992), a atenção médica é o aspecto menos significativo da tríade básica de Saúde Pública. Os fatores determinantes mais importantes do estado de saúde são a promoção de saúde, derivada da melhora do nível de vida, e a prevenção de doenças e lesões.

Dessa forma, de acordo com TERRIS (1992), podem ser consideradas ações de saúde: a promoção de estilos de vida saudáveis por meio de educação sanitária, a regulamentação de agravos ambientais, a tributação de cigarro e álcool, recursos como a oferta de "produtos saudáveis", como os que têm

²⁵ Sigerist HE. Medicine and human welfare. New Haven: Yale University Press; 1941 apud Terris.

menor teor de gordura e assim por diante, e o planejamento de saúde com bases epidemiológicas.

Decorre dessa concepção a constatação de que Saúde Pública e Epidemiologia devem unir-se constantemente, assim como o conceito de Saúde Pública, que é baseado na multidisciplinaridade. São elementos conceituais e referenciais de Saúde Pública os esforços da sociedade, organizados ou não, que surgem de seu compromisso com a busca da satisfação ou o alcance de seus ideais de saúde. Com essa abordagem, TERRIS (1999) considera que a Saúde Pública pode caminhar no sentido de cumprir suas quatro tarefas básicas, anteriormente listadas. É sob essa abordagem multidisciplinar que o tratamento por Acupuntura pode efetivamente fazer parte da Saúde Pública.

"A Acupuntura auxilia tanto a prevenir as doenças como aliviar sintomas das doenças que já se instalaram, além de ajudar a entender a pessoa como um todo e a compreender a medicina convencional." (F, fem., 34 a, Anestesiologia)

"A Medicina Tradicional Chinesa é uma medicina mais próxima do paciente. É, na verdade, uma possibilidade de mudança de hábitos como alimentação, atividade física, etc. A Medicina Tradicional Chinesa é uma busca de vida saudável; não é só para tratar a dor, mas a busca da harmonização do homem na natureza." (F, fem., 37 a, Cirurgia)

"Em todas as especialidades médicas, o objetivo é o mesmo: aliviar o sofrimento dos pacientes e ajudá-los a ter melhor qualidade de vida, prevenir doenças e suas complicações." (F, fem., 35 a, Oftalmologia)

"A Medicina Chinesa/Acupuntura é uma medicina mais voltada para os processos de adoecimento, com maior valorização do indivíduo, e não da doença. É uma medicina que está evoluindo e se adequando à linguagem dos tempos atuais." (F, fem., 42 a, Clínica Médica/Endocrinologia)

"Hoje, quem não sabe Medicina Chinesa não sabe Medicina." (F, fem., 52 a, Cardiologia)

"A filosofia chinesa é muito interessante: aborda fatores que hoje a globalização e o materialismo têm deixado de lado, levando em consideração apenas aquilo que é palpável, que é material" (F, masc., 42 a, Clínica Médica)

Falamos aqui de Acupuntura por ser, da Medicina Tradicional Chinesa, a prática mais amplamente aceita em nosso meio, que se apresenta tanto por parte da procura da clientela de saúde como do meio científico e acadêmico. A Acupuntura pode ser considerada disciplina da Medicina Tradicional Chinesa, da qual é um dos ramos, compreendendo os demais o tratamento com ervas, o exercício físico, a alimentação, a meditação e a massagem. No meio acadêmico, vem se constituindo como disciplina em algumas universidades, em cada local com distintas histórias de formação e peculiaridades, sendo que o fato de ter sido reconhecida, em 1995, como especialidade médica pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina levou à ampliação de suas relações com a estrutura institucional. Assim, além de ocorrer interdisciplinaridade funcional, pois está relacionada a diferentes disciplinas do conhecimento, principalmente na área de saúde, vem ocorrendo também interdisciplinaridade estrutural. Como exemplo, temos percebido demanda crescente de pacientes encaminhados por médicos de diversas especialidades, entre os quais especialistas em dor, ginecologistas, ortopedistas, neurologistas e gastroenterologistas, bem como por psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e outros, até em decorrência das características dos problemas de saúde que apresentam mais frequentemente os pacientes que recorrem aos médicos acupunturistas ou que a eles são encaminhados, ou seja, distúrbios emocionais, dor, distúrbios metabólicos, obesidade, anorexia, distúrbios do sono e tabagismo, entre os mais recorrentes.

“Tenho possibilidade de conhecer melhor meus pacientes, seus problemas e suas histórias e, em decorrência disso, e com os recursos da Medicina Tradicional Chinesa, obter resultados significativos, sem medicamentos ou cirurgias.” (F, masc., 52 a, Ortopedia)

“Trabalho em Saúde da Família e a Acupuntura é uma esperança para aliviar a frustração que sinto em relação à minha atuação. Por ser uma área que abrange a parte básica de muitas especialidades, há sensação constante de sempre saber muito pouco e estar distante da atenção

integral à saúde, o que me causa muita ansiedade.” (I, fem., 33 a, Medicina da Família e Comunidade)

Assim, nossos médicos demonstram compreender a conceituação integrativa da Acupuntura, com o objetivo de uma prática médica mais satisfatória para o paciente e para o médico, com adequação à abordagem transdisciplinar dessa especialidade.

5.2.1.6. Adesão ao Tratamento como Problema de Saúde Pública e o Médico Acupunturista

“ Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.

A vida inteira que podia ter sido e que não foi.

Tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico:

- Diga trinta e três.

- Trinta e três... trinta e três... trinta e três...

- Respire.

.....

- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o pulmão direito infiltrado.

- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?

- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.”

Manuel Bandeira²⁶

A adesão do paciente ao tratamento é crucial para a obtenção de bons resultados terapêuticos em diversas afecções. Essa adesão pode ser relacionada

²⁶ ‘Estrela da vida inteira’. 17ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1990; p. 97.

não só com a correta tomada da medicação, mas também com hábitos de alimentação e de vida. Dados norte-americanos apontam que ocorre falha de mais de 50% na adesão dos pacientes ao tratamento e que um terço dos doentes nunca toma o medicamento prescrito (PIGNONE et al.).

“Acredito que, se aplicada integralmente em todos os aspectos do tratamento, a medicina convencional pode trazer bons resultados.” (I, masc., 35 a, Clínica Médica)

No tratamento das diversas afecções, é fundamental que ocorra a adesão do paciente para uma melhor condição de saúde e para a obtenção de resultados terapêuticos adequados. A adesão ao tratamento deve ser um dos pontos da atenção à saúde de que o médico precisa cuidar. Graças às características do tratamento por Acupuntura, a adesão ao tratamento dos problemas de saúde do paciente pode ser bastante favorecida. Nesse tipo de terapia, o paciente freqüenta o serviço de saúde ou consultório em geral semanalmente, quando encontra seu médico, que, assim, pode questionar sobre os vários aspectos da vida e saúde do paciente. O médico pode especificamente investigar se o paciente está tomando a medicação adequadamente para, por exemplo, hipertensão arterial e diabetes, se está seguindo a dieta eventualmente prescrita, se vem se exercitando de forma apropriada e assim por diante.

“A abordagem do paciente é mais completa na Medicina Chinesa, pois o ser humano é visto de forma muito mais integral, de modo que nada pode ser visto isoladamente; tudo está interligado. Devido à visão mais integrada que o médico tem, o paciente sente-se mais vinculado por ser mais ouvido e compreendido.” (F, fem., 29 a, sem especialidade)

“Acredito que a relação médico-paciente seja diferente na Acupuntura, porque é uma relação mais abrangente, uma vez que a observação do

paciente e a atenção às suas queixas são maiores, levando a certa cumplicidade.” (I, masc., 26 a, Ginecologia/Obstetrícia)

“A relação médico-paciente na Acupuntura é uma relação na qual o médico ouve o paciente ‘pacientemente’, deixando uma porta aberta para estabelecer confiança mútua. O paciente pode contar com o médico e este confia que o paciente siga suas orientações.” (I, masc., 36 a, Pediatria)

Algumas considerações são importantes quando se trata da adesão do paciente ao tratamento, como encontrado em HAYNES (2001): os pacientes devem ser apoiados, e não culpados; a adesão depende simultaneamente de vários fatores; as intervenções devem ser específicas para cada paciente; a adesão é um processo dinâmico que deve ser monitorado; os profissionais de saúde devem ser treinados em adesão do paciente ao tratamento e necessidade de abordagem multidisciplinar.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as intervenções que podem afetar a adesão ao tratamento são de ordem socioeconômica, tendo fatores relacionados ao sistema de saúde, à terapia e ao paciente. A pequena adesão ao tratamento de doenças crônicas é um problema mundial de grande magnitude, o que causa impacto na saúde das populações. Em países desenvolvidos, essa adesão ao tratamento é, em média, de 50% e, em países em desenvolvimento, encontram-se ainda menores taxas (WHO, 2003).

As conseqüências da pequena adesão ao tratamento são resultados deficientes na resolução de problemas de saúde e aumento dos custos em saúde, comprometendo severamente a efetividade do tratamento e tornando este um aspecto crítico na saúde coletiva, tanto no que diz respeito a fatores de qualidade de vida como no de economia da saúde.

Em estudo de revisão sistemática, HAYNES et al. (2006) constataram que mesmo as intervenções mais efetivas não levam a grande aumento na adesão dos pacientes e em resultados de tratamentos. Para tratamentos de curta duração, o aconselhamento e o fornecimento de informação escrita ou por telefone ajudam na adesão. Mas quando se trata de tratamento de longa duração, isto é, de doenças crônico-degenerativas, nem as medidas mais

simples nem também algumas mais complexas são efetivas em resultados de saúde. Para que se obtenham melhores resultados, uma combinação de medidas mostrou-se necessária, tais como cuidados, informação, aconselhamento, lembretes, automonitoramento, reforço, terapia familiar, psicoterapia, seguimento por telefone, intervenção na crise e outras formas de supervisão ou atenção adicional. Mesmo com os mais efetivos métodos de controle de tratamento de doenças de longa duração, a melhoria no uso da medicação e na saúde não foi grande (HAYNES et al., 2006).

As intervenções que objetivem aumento da adesão ao tratamento levam a um retorno positivo do investimento em prevenção primária de saúde (riscos de saúde) e em prevenção secundária de resultados adversos de saúde. Além disso, a melhora da adesão também aumenta a segurança para o paciente.

Assim, a adesão ao tratamento, com a correta tomada de medicação por parte do paciente, é importante modificador da efetividade do sistema de saúde.

“Você pára, ouve o paciente e presta atenção em cada detalhe, pois tudo é importante, tudo o que o paciente tem para dizer. Na realidade, você mantém uma relação médico-paciente muito forte.” (I, fem., 42 a, Oftalmologia)

De fato, na prática diária do médico acupunturista, é parte da rotina a constante averiguação da situação de vida do paciente, a reavaliação de suas queixas e a inquirição sobre a modificação de hábitos nocivos à saúde e sobre a tomada de forma adequada de medicação eventualmente prescrita.

Decorrente de algumas das características do tratamento por Acupuntura, quais sejam, a abordagem holística e multidisciplinar do paciente e a repetição do procedimento, em geral semanalmente, a abordagem da adesão ao tratamento é uma questão que pode fazer parte do campo do médico acupunturista de maneira eficaz para o bom resultado terapêutico do paciente.

5.2.2. Acupuntura como Prática Diferenciada no Exercício da Medicina

Durante o tempo em que o médico frequenta o curso de Acupuntura, não são apenas as aulas formais teóricas e práticas que fazem parte do universo da nova especialidade. Também o convívio com os colegas da especialidade, com visões e experiências muito diferentes, baseadas em outros parâmetros e em outra filosofia, é enriquecedor para a aquisição de uma nova bagagem de conhecimentos. Outra forma de aproximação com a Acupuntura é o contato com material de estudo, constituído por livros, mapas e modelos anatômicos com pontos de Acupuntura, localizadores e estimuladores de pontos, toda a sorte de materiais diferentes que são empregados nas diversas técnicas, moxas, ervas chinesas e muitos outros. Aos poucos, vai se delineando, para o estudante de Medicina Chinesa/Acupuntura, um universo atraente pelas possibilidades e pela diversidade de técnicas e correntes teórico-filosóficas. Nesse contexto, o médico, no fim do curso, compara a medicina convencional com a Acupuntura referindo-se principalmente à percepção do alcance e dos limites da Acupuntura, à ratificação da opinião sobre medicina convencional e à possibilidade de integração das duas modalidades em sua própria prática.

“É muito interessante a integração da Medicina Tradicional Chinesa com a Medicina Ocidental e a influência dos processos mentais e emocionais no desenvolvimento da saúde e da doença.” (F, fem., 33 a, Neurocirurgia)

5.2.2.1. A Prática da Acupuntura e o (Bom) Médico

Nos relatos de nossos sujeitos, fica caracterizado que esses médicos estão em busca de uma abordagem e de uma prática médicas diferentes das convencionais, as quais consideram limitadas e limitantes. Além disso, ao incorporarem a Acupuntura à sua prática, pretendem ampliar as possibilidades da abordagem diagnóstica e terapêutica de seus pacientes. Demonstram conseguir perceber a possibilidade de complementação das duas formas de abordagem, estabelecendo inter-relacionamento entre elas, movimento que leva a uma alteração do delineamento dos limites de ambas, ampliando o campo dessa nova forma de medicina integrada assim surgida. Esse delineamento não é linear, mas multidimensional, abrangente e ampliador da visão do médico sobre a prática médica. Ainda mais que essa nova forma de viver a Medicina é também uma forma renovada de viver sua própria vida, na medida em que amplia sua visão das coisas do mundo.

“Procurei o curso de Acupuntura para aumentar meus conhecimentos e me tornar um médico de visão mais ampla, mais completo e, portanto, mais útil.” (I, masc., 28 a, Saúde da Família e Comunidade)

“O bom médico tem uma boa relação com o paciente, seja na medicina oriental, seja na ocidental, e o contrário também é verdadeiro.” (I, fem., 31 a, Cirurgia Geral)

“A Acupuntura, por ser uma ciência milenar, talvez consiga me ajudar nas questões pessoais (por haver grande identificação com a minha cultura e valores pessoais) e, assim, a cuidar melhor dos meus pacientes.” (I, fem., 30 a, Oftalmologia)

“A relação médico-paciente pode ser mais ou menos profunda, em qualquer especialidade, pois depende mais da disponibilidade e da sensibilidade do médico. A Acupuntura é mais gratificante para o médico que consegue melhorar a qualidade de vida do paciente, mesmo que não consiga curar ou resolver a queixa.” (F, fem., 35 a, Oftalmologia)

O estudo e o conhecimento das questões dos problemas de saúde e da doença em nossa sociedade são habitualmente tratados no campo da Biociência, que estuda as aplicações das ciências naturais à Medicina, com seus ramos, ou seja, anatomia, fisiologia, patologia e assim por diante, no campo das ciências biológicas. Tal universo do saber é regido por leis científicas, de caráter estatístico comprobatório, baseado em evidências, com princípio de universalidade, que buscam a padronização e o enquadramento dos indivíduos. Nesse contexto, o subjetivo não é valorizado e não se consideram a diversidade e a peculiaridade, isto é, não há espaço e tempo adequados para o sujeito individual, para a particularidade da pessoa, com sua universalidade própria e seu modo de sentir e de viver a sua vida cotidiana. COSTA (1997) afirma que a tendência de negação de qualquer componente subjetivo para o conhecimento tem raízes no pensamento determinista que marca a origem das ciências modernas.

Neste contexto, o subjetivo não é valorizado, não é considerada a diversidade, a peculiaridade, isto é, não há espaço e tempo adequados para o sujeito individual, a particularidade da pessoa, com sua universalidade própria e seu modo de sentir, de viver a sua vida cotidiana.

É nesse panorama que entendemos que se insere o modelo de bom médico. Exige a sociedade, desse profissional, que paute sua prática de acordo com as mais avançadas técnicas existentes, que esteja sempre atualizado, coisa que atualmente é mais factível para os clientes cobrarem, com o advento do fácil acesso à internet. É também exigida do médico sua pronta presença e disposição em qualquer tempo. IORIO (2004) aponta que freqüentemente o médico tem sua imagem idealizada, como um benfeitor, pronto a renunciar à sua vida pessoal em benefício do paciente e da humanidade a qualquer momento.

Em última análise, as condições de trabalho do médico, cujos determinantes são, entre outros, de ordem técnica, científica, humanística e institucional, refletem-se no exercício da sua profissão, que é a assistência ao paciente, ou seja, refletem-se na relação médico-paciente. As circunstâncias nas quais se

desenvolve o exercício da profissão, que é permeado por inúmeras adversidades, entre elas o reconhecimento aquém da dedicação e do sacrifício que a prática médica exige, são fatores importantes para a ocorrência de desgaste e repercutem de forma prejudicial na interação das pessoas envolvidas na relação médico-paciente. Relativamente à atividade laboral das pessoas, VELHO (2002) afirma que a participação no mundo do trabalho – a profissionalização – está associada a determinadas crenças sobre mérito, esforço, disciplina, responsabilidade, sucesso e poder.

Ademais, a insatisfação que o médico pode apresentar com seu trabalho pode também, em certa medida, influenciar negativamente na percepção que ele tem de si mesmo, na sua auto-avaliação de bom médico.

Assim, a questão da formação da identidade do médico e o desenvolvimento de seu papel, que parece se apresentar, de alguma forma, quando do processo de especialização em Medicina Chinesa/Acupuntura do médico formado que já tenha ou não especialização em alguma área da medicina, permitem resgatar o próprio médico como sujeito. O médico considera que, para curar, deve desenvolver sua prática de determinada forma, até mesmo para a auscultação do doente. A Medicina Chinesa/Acupuntura permite o resgate do médico que não quer exercer a medicina de forma fragmentada e medicalizada.

Para CUCHE (1999), a identidade é tão difícil de delimitar e de definir precisamente em razão de seu caráter multidimensional e dinâmico. É isso que lhe confere sua complexidade, mas também o que lhe dá sua flexibilidade. A identidade admite variações, permite reformulações e manipulações e se constrói através das estratégias dos atores sociais.

Com respeito à identidade médica, MILLAN (2005) afirma que esta se constitui, por um lado, no reconhecimento que a sociedade dá ao saber e à habilidade do médico e, por outro, na própria consciência da existência dessas qualidades e também nas potencialidades psicoafetivas e psicodinâmicas que são desenvolvidas gradualmente e permitem ao médico atuar, refletir e perceber seus limites. O autor acrescenta que o médico, durante sua formação, começa a se sentir bem com seu trabalho e pode dizer aos outros e a si mesmo que é um médico e estabelecer uma boa relação com seu paciente. O médico que não

possui uma boa identidade médica pode sentir-se constrangido em sua atividade e inseguro na relação com seus pacientes.

"Confirma-se o que sei: o rapaz está são, a circulação do sangue funciona um pouco mal, ele está encharcado de café dado pela mãe ansiosa, mas são: o melhor seria tirá-lo com um tranco da cama. Não sou reformador do mundo, por isso deixo-o deitado. Sou médico contratado pelo distrito e cumpro o meu dever até o limite, até o ponto em que isso quase se torna um excesso. Mal pago, sou, no entanto generoso e solícito em relação aos pobres. Tenho ainda de cuidar de Rosa, além disso, o jovem pode estar com a razão e também eu quero morrer. O que estou fazendo aqui neste inverno interminável? Meu cavalo morreu e na aldeia não há ninguém que me empreste o seu. Preciso tirar minha parelha da pocilga; se por acaso não fossem os cavalos eu teria de viajar puxado por porcas. Assim é. E aceno com a cabeça para a família. Eles não sabem de nada e se soubessem não acreditariam. Escrever receita é fácil, mas entender-se no resto com as pessoas é difícil." Franz Kafka²⁷

O estresse médico tem motivado o surgimento e a elaboração de diversas pesquisas, principalmente as relacionadas à saúde do médico. Ao se constatar morbidade evidente entre estudantes de medicina, tem sido hábito das escolas médicas instituir programas de apoio à saúde física e psicológica dos alunos, na nossa opinião, uma iniciativa ainda bastante tímida, no geral. Nesse aspecto, encontra-se em GOLEMAN (1999) o relato de uma interessante experiência com estudantes de medicina na 'Clínica de Redução do Estresse do Centro Médico da Universidade de Massachusetts'. Quando os alunos chegam, quem primeiro

²⁷Franz Kafka. Um médico rural. Cia das Letras SP. Tradução de Modesto Carone, p.,17, 2003.

os recebe e com eles fica por dois dias é Jon Kabat-Zinn, que explica o que é meditação e o papel desempenhado pela mente na saúde e na doença (GOLEMAN, 1999). Ele apresenta aos jovens alunos a visão alternativa de formação médica, uma visão mais ampla que sugere que os estudantes devem se proteger enquanto estiverem na escola de medicina para que, durante o processo de se tornarem médicos, eles não se esqueçam de quem são e de por que aspiraram ser médicos. A clínica desenvolve com os alunos de medicina, bem como com os médicos dessa faculdade, um programa de redução do estresse, à semelhança do que oferece para os pacientes, com duração de dois a oito meses.

Ainda concernente à discussão de características subjetivas que possam interferir na formação médica, com reflexos no desempenho do médico e na sua relação com o paciente, o Dalai Lama afirma que a Medicina, no budismo, é considerada como uma das cinco áreas do conhecimento que são destinadas ao cuidado das pessoas. As demais áreas são, a Tecnologia, a Lógica, a Ciência do Som (incluindo-se aqui a Lingüística) e o conhecimento interior ou prática espiritual (GOLEMAN 1999). Ele acrescenta que, segundo um dito popular, a eficácia do tratamento depende mais do altruísmo e da compaixão do médico do que de sua competência.

Com respeito ao paradigma de bom médico, embora possa sofrer variações com as diferentes épocas e culturas e com os parâmetros técnicos e científicos, parece certo que, para ser um bom médico, seja necessário sentir-se, perceber-se um bom médico.

Assim, a percepção que o médico tem de si enquanto profissional é relevante no desenvolvimento da relação médico-paciente. O desejo de fazer o bem e de ser útil ao outro é freqüentemente apontado como um dos fatores que podem levar à escolha dos jovens pela Medicina. Características pessoais como compaixão, tolerância e abnegação são desejáveis na composição da personalidade do médico. Não só a satisfação pessoal e emocional está relacionada ao protótipo de bom médico, mas também contam fatores como reconhecimento social e retorno financeiro.

A especialidade Acupuntura incorpora um contingente de médicos que, não estando bem adaptados às práticas e visões impostas pela medicina convencional e pelo mercado de trabalho médico, no modelo em que se encontra constituído, anseia por uma visão e por uma prática diferentes da medicina. Ou seja, quando em contato com a Acupuntura, voltam a sentir-se médicos envolvidos, contribuindo de forma mais direta com a cura de seus pacientes. Sentem a valorização de seu conhecimento, que permite a avaliação do paciente de forma mais abrangente e a aplicação de técnica diferente da que se utiliza na medicina convencional.

5.2.2.2. O Médico Acupunturista e Seu Paciente

“Nesse debate sobre perdas, observei como lidamos mal com a dor uns dos outros. Entre nós, de momento estar alegriinho e parecer feliz é quase um dever, uma questão de higiene, como tomar banho e estar perfumado.

Mas às vezes a gente tem que se permitir sofrer – ou permitir que o outro sofra.

Todos nós, amigos, família, terapeutas, médicos, sentimos duramente nossa própria limitação quando alguém sofre e não podemos ajudar. Em certos momentos, é melhor não interferir, apenas oferecer nossa presença e atender se formos chamados. Que o outro saiba que estamos ali.”

Lya Luft²⁸

“Na Acupuntura, a relação médico-paciente e a prática diferem da medicina convencional pela abordagem holística.” (l, fem., 41 a, Cardiologia)

²⁸ Perdas e ganhos. 11ª ed. Rio de Janeiro: Record. 2003 p. 141.

“A relação médico-paciente, na Acupuntura, não é diferente da de outras especialidades médicas. Desde que você tenha aprendido essa relação durante a graduação médica, pode ter uma ótima relação médico-paciente.” (I, masc., 36 a, Ortopedia)

“A relação médico-paciente pode ser mais ou menos profunda em qualquer especialidade porque depende muito da disponibilidade e da sensibilidade do médico.” (I, fem., 35 a, Oftalmologia)

“Depende do enfoque do médico, sua vivência, sua sensibilidade e, às vezes, até sua especialidade. O enfoque de um psiquiatra é, sem dúvida, diferente do enfoque de um cirurgião.” (I, masc., 34 a, Otorrinolaringologia)

Em decorrência da situação contemporânea de saúde sob o paradigma hegemônico, além de toda a frustração e baixa resolubilidade gerada por essa conjuntura, também vêm sendo consumidos recursos econômicos e financeiros de toda a sociedade, com realização de exames e uso de medicação desnecessários. Acontece que, no panorama de saúde vigente no País, que, por um lado, muitas vezes dificulta o acesso do usuário ao serviço de saúde e, por outro, não facilita a abordagem individualizada do paciente por parte do médico, a prática artesanal da medicina, como arte de curar, torna-se um desafio para a Acupuntura e para os médicos acupunturistas. Tal cenário da medicina convencional não favorece a prática médica humanizada e individualizada, nem respeita as reais necessidades do paciente e nem considera as peculiaridades do paciente e do médico.

QUEIROZ (1986) argumenta que, sob o ponto de vista do relacionamento médico-paciente, o desenvolvimento da medicina ocidental moderna tem sido visto como um processo pelo qual o paciente perde a sua integridade e consciência social e cultural de si mesmo e se torna um objeto de manipulação. O autor conclui que o desenvolvimento da medicina implicou perda de visão unificadora do paciente, e deste com o seu meio ambiente físico e social. Essa perda é um fenômeno recente e sem similar na história. Isto ocorre em

contraste com o que se passa nas formas tradicionais e populares de medicina. Nesses casos, ainda segundo QUEIROZ (1986), é possível constatar o pressuposto de que saúde e doença dependem do inter-relacionamento tanto das diferentes partes do organismo entre si como deste com o seu contexto sócio-cultural.

Para que aconteça o estabelecimento de abordagem adequada do paciente, é essencial a atenção que seja dispensada à formação do componente médico da relação médico-paciente. A visão holística, postulado da Medicina Chinesa/ Acupuntura ensinada no nosso meio, nos dias atuais, proporciona um modelo de atenção médica que se aproxima do perfil do médico preconizado pelas 'Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina' (2001)²⁹. Pretende-se, assim, que os egressos das faculdades de medicina sejam médicos com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitados para atuar com princípios éticos, no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e com compromisso com a cidadania, como promotores da saúde integral do ser humano.

A relação médico-paciente que se estabelece no exercício da Acupuntura tem condições de se desenvolver de forma mais humanizada do que o habitual, por ser essencial para a sua prática. O doente é visto de forma individualizada, com mínima interposição de tecnologia e grande interação entre médico e paciente.

“O processo saúde-doença se dá principalmente devido ao pequeno conhecimento que o paciente tem sobre si mesmo, sobre as medidas de ações preventivas, sobre a importância do autocuidado, de como ele se alimenta e da forma como vive e ainda do distanciamento com o acompanhamento médico-paciente.” (I, fem., 33 a, Saúde da Família e Comunidade)

“Na medicina convencional, os pacientes recebem muitas ‘drogas’ para curar apenas os sintomas. A Acupuntura me parece fascinante, pois nos

²⁹ Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina; CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/>, em 15/12/06.

propicia buscar o processo de cura [grifo nosso] dentro de nós mesmos." (I, fem., 41 a, Pediatria)

Consoante apontado por IORIO (2004), num contexto hegemônico de medicina altamente tecnológica, fragmentada e medicalizada, a interação entre médico e paciente aproxima-se mais de uma relação 'exames sofisticados e fármacos-doença'. Por outro lado, em uma prática médica holística, como a preconizada pela Acupuntura, essa interação tende mais para uma 'relação humana médico-paciente', possibilitando ao médico exercer a medicina como arte de curar um paciente individualizado.

Se a Medicina Chinesa/Acupuntura, por sua essência holística, é compatível com a concepção transdisciplinar no atendimento à saúde do indivíduo, a transdisciplinaridade cristaliza-se no amálgama da relação médico acupunturista-paciente de Acupuntura, que é "transe", é o terceiro incluído. Não é mais só o paciente, ou só o médico, mas a relação entre os dois, que envolve complexidade e diferentes níveis de realidade, configurando uma terceira entidade relacional, com componentes objetivos e subjetivos, modificáveis em maior ou menor escala no processo da consulta médica.

Com atenção à educação em formação e educação continuada do médico em Medicina Chinesa/Acupuntura, é possível potencializar uma tendência do médico que já apresente um perfil de pessoa com visão abrangente e holística ou que adquira essa concepção durante sua formação em Acupuntura, uma percepção de característica transdisciplinar do paciente. Essa concepção contempla o ser humano em seus aspectos físicos, biológicos, mentais e espirituais, nas suas relações consigo mesmo e nas relações interpessoais e com o ambiente físico e social. O paciente que procura o médico acupunturista tem expectativa desse atendimento de caráter transdisciplinar, caráter que NICOLESCU (2000) define como de visão e atitude.

A relação médico-paciente pode, de fato, ser enriquecida com a aproximação emocional entre médico e paciente, preservando-se a boa prática médica com competência e compaixão em doses adequadas. DONNANGELO (1975) afirma que o êxito do atendimento médico depende fundamentalmente da relação

médico-paciente na qual a autonomia profissional é essencial. A autora acrescenta que, no contexto dessa relação intermediada pela confiança do paciente no médico, é que se estabelece o elemento que ela denomina de carismático, que é capaz de contribuir para o sucesso do procedimento técnico. Assim, concomitantemente, a Medicina se caracteriza não só como ciência, mas igualmente como arte e humanismo. O médico acupunturista pode resgatar a prática médica estabelecida nesses “moldes”, mesclando ciência e humanismo, uma mescla peculiar à concepção holística do ser humano e da Medicina.

Dessa maneira, fica enriquecida a relação médico-paciente porque se amplia a visão do médico, suas potencialidades de apreender o que o paciente quer dizer com sua dor e sua doença, assim como se amplia seu arsenal diagnóstico e terapêutico, quando essa prática ocorre juntamente com a medicina convencional.

Esse modelo de formação de médico deve ser iniciado no decorrer do curso de graduação em medicina. Nesse período é que se deve começar a discussão dos aspectos científicos e humanísticos componentes da relação médico-paciente.

Também é importante que se implante e implemente o estudo da abordagem qualitativa do paciente. Paremos um momento aqui para pensar sobre o que é a consulta médica, se não um rico momento para o desenvolvimento da abordagem qualitativa? Durante a consulta, existe a oportunidade de o médico ouvir a história de vida do doente e sua história oral e entender seus significados.

É na criação de condições de abordagem do paciente como um todo, respeitando e considerando suas particularidades e reais necessidades de saúde, que ocorre a possibilidade de um desenvolvimento adequado da relação médico-paciente, na qual o médico acupunturista possa exercer em sua plenitude a arte e a ciência da medicina de forma integrada.

“Sinto que já cheguei quase à liberdade. A ponto de não precisar mais escrever. Se eu pudesse, deixava meu lugar nesta página em branco: cheio do maior silêncio. E cada um que olhasse o espaço em branco, o encheria com seus próprios desejos.” Clarice Lispector

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das motivações de médicos que procuram especialização em Acupuntura mostrou que estes são movidos por fatores profissionais, fatores pessoais e os de característica inter-relacionais com o paciente.

Caracterizamos os sujeitos de nossa pesquisa, os médicos alunos do curso de formação em Acupuntura do Center-AO/UNIFESP-EPM que responderam aos nossos questionários como oriundos de uma Medicina com foco na doença e com hegemonia da alta tecnologia e da superespecialização. Consideram que esta forma de medicina pode apresentar-se com prejuízo de questões como relação médico-paciente e visão do paciente e do ser humano como um todo. Consideram também que este panorama pode acarretar enfraquecimento de questões éticas e de prestígio social da profissão, bem como de percepção por parte do médico de remuneração inadequada e insuficiente e condições críticas e insatisfatórias de trabalho.

Entre os sujeitos da nossa pesquisa, o mais novo contava no início do curso com 24 anos de idade e o mais velho com 63 anos. As especialidades médicas que apareceram mais freqüentemente entre os médicos foram as clínicas e as intermediárias, com menor ocorrência das especialidades cirúrgicas e técnico-burocráticas. As médicas correspondem a aproximadamente metade dos alunos do curso nas três turmas pesquisadas.

Os médicos participantes do nosso estudo reconhecem a importância da medicina convencional, no que ela apresenta de mais avançado nos aspectos científicos e tecnológicos. Por outro lado, consideram-na incompleta e insuficiente, principalmente em especialidades médicas nas quais a relação médico-paciente pressupõe maior inter-relacionamento entre médico e paciente, a exemplo do que ocorre em algumas especialidades clínicas. Consideram também que a medicina convencional é insuficiente na abordagem

dos fatores que causam as doenças, faltando-lhe uma visão mais abrangente, a qual encontram na Acupuntura.

Os discursos dos sujeitos deste estudo demonstram que predomina a postura crítica com relação à especialidade da medicina convencional que exercem, expressando insatisfação em graus variáveis, com 65,0% dos ingressantes e 66,7% dos formandos expressando insatisfação com a sua especialidade. Isto é ainda corroborado pelo encontro entre os formandos de 50,0% dos sujeitos considerarem a possibilidade de mudar sua especialidade médica para Acupuntura.

Embora reconheçam a necessidade do avanço científico e tecnológico da medicina, sujeitos desta pesquisa consideram a medicina convencional incompleta e criticam o sistema de saúde no País. Caracterizam a crise na saúde e na medicina por um contexto de descaso governamental com a saúde e desrespeito à profissão de médico, insuficiência salarial e piora da qualificação profissional. Consideram que a medicina convencional valoriza a doença, é limitada, muito cara, de difícil acesso para todos os setores da população, apresenta muitos efeitos colaterais e contra-indicações. Referem também que a medicina atual é mercantilista e pouco humanista e criticam a indústria farmacêutica.

Nosso estudo revelou que a maioria dos médicos que ingressam no curso almeja exercer Acupuntura em consultório (79,6%) de forma liberal e alguns admitem a intermediação de convênios. Alguns sujeitos encontram na Acupuntura uma forma de exercer a medicina ambulatorial e outros até como forma de retomar a prática médica. Com relação ao serviço público, os médicos criticam os salários insuficientes, as condições de trabalho ruins, o descaso das autoridades com a saúde e a desvalorização profissional do médico por parte do governo. Além disso, consideram que as carências materiais e de toda ordem que a população sofre prejudicam o bom resultado do tratamento. Apesar disso, 29,1%, manifestam intenção de exercer Acupuntura no serviço público como uma de suas formas de atuação.

Uma parcela dos médicos reconhece no Programa de Saúde da Família uma forma mais próxima da visão de atendimento holístico característico da Acupuntura. Acrescente-se também que a Acupuntura pode aumentar a resolubilidade da ação do médico de Saúde da Família, como um método de baixo custo de relativa facilidade de execução e bastante efetivo.

Outro aspecto significativo é que devido às peculiaridades do tipo de atendimento, a Acupuntura favorece a adesão do paciente ao tratamento convencional o que pode ser decisivo para a obtenção de bons resultados terapêuticos em diversas afecções, otimizando as ações de saúde. Médicos desta pesquisa compreendem que na Acupuntura o paciente fica mais vinculado, com confiança mútua maior. Percebem que o paciente pode ter postura mais ativa com relação ao seu próprio tratamento, com o favorecimento do auto-cuidado, o que contribui para o bom êxito terapêutico.

Nossos médicos demonstram compreender a conceituação integrativa da Acupuntura, com objetivo de uma prática médica mais satisfatória para o paciente e para o médico, com adequação à abordagem multi, inter e transdisciplinar desta especialidade.

Neste contexto o médico no final do curso compara a Acupuntura com a Medicina convencional referindo-se principalmente à sua percepção do alcance e dos limites da Acupuntura, a ratificação da opinião sobre Medicina convencional e à possibilidade de integração das duas modalidades em sua própria prática.

A busca por novos conhecimentos é fator motivador de procura por parte dos médicos pelo curso de Acupuntura. Objetivam assim ultrapassar limites, vencer desafios e vislumbrar novos horizontes que esta modalidade de exercício da medicina pode oferecer, tanto na atividade profissional como na vida pessoal.

Estes sujeitos aproximam-se da Acupuntura que propõe uma prática com concepção holística do ser humano e do mundo, que enxerga o paciente não como ser dividido em partes, mas como um todo biopsicossocial. O conceito da ocorrência dos três pilares da transdisciplinaridade, a 'Complexidade', a 'Lógica do Terceiro Incluído' e os 'Diferentes Níveis de Realidade', aproxima-se do

conceito holístico, que é fundamento da Acupuntura. Este conceito se aplica também especificamente no que se refere à relação médico-paciente, a qual, sob a luz da transdisciplinaridade denominamos de 'relação transe médico-paciente'.

Médicos deste estudo consideram que a Acupuntura tem caráter fortemente preventivo ao abordar a origem emocional e energética da doença, o que é amplificador da abordagem médica, com relacionamento médico-paciente mais próximo e, conseqüentemente, mais completo.

Estes médicos avaliam também que o mercado de trabalho existente para o médico acupunturista está em expansão, apresentando maior oportunidade profissional e que neste aspecto se encontram, no momento do curso, em fase de transição. Têm intenção de no futuro exercer Medicina Chinesa-Acupuntura e Medicina convencional ocidental de maneira integrada, objetivando a resolução de problemas de saúde, a cura das doenças e maior satisfação do paciente e sua própria, com o resgate do que, na sua visão, é o real sentido de ser médico.

Em termos específicos, médicos sujeitos deste estudo percebem a proximidade e a semelhança de algumas outras especialidades médicas com a especialidade Acupuntura. Apontam como aspectos de similitude a abordagem do paciente como um todo, como ocorre na Saúde da Família, na Medicina Preventiva e na Pediatria ou quando o objeto do tratamento é a dor, como acontece na Anestesiologia, na Ortopedia ou na Reumatologia, por exemplo.

Na visão dos médicos do presente estudo, o curso de Acupuntura correspondeu à expectativa de incorporar o conhecimento à sua própria especialidade. Considerando que os médicos provêm das mais diferentes especialidades, isto reforça o caráter generalista da Acupuntura, ressaltando seu aspecto de especialidade relacionada à Saúde Pública, podendo constituir-se num elo de ligação entre as especialidades.

Assim, mesmo sendo a Acupuntura originária da China em um passado remoto, encontramos em nossa pesquisa termos definindo-a como "uma nova forma de

tratamento", "medicina do futuro", traduzindo a expectativa que esta especialidade médica tem trazido para o nosso meio.

Ou seja, o médico desejoso de uma prática médica mais condizente com os princípios holísticos e humanistas, vê na Acupuntura um modo de poder pensar, ser e agir diferente.

Gosta muito de ser médico, acha a medicina fascinante, envolvente e pensa que a Acupuntura pode proporcionar um exercício mais pleno da Medicina, de forma que ele se sinta mais completo.

Para alguns médicos do presente estudo a Acupuntura representa um modo de reaproximação com a atividade clínica, pois que exerciam até o momento do curso especialidade médica que não está relacionada diretamente ao atendimento de pacientes. Para outros, a possibilidade de exercer Acupuntura é meio de reencontro com a Medicina, pois exerciam até então outras atividades profissionais, embora formados já há algum tempo.

Também encontramos sujeitos referindo o desejo de realizar sonhos como fazer mestrado e doutorado em Acupuntura ou a construção de centro especializado em atendimento de crianças.

Nosso estudo revelou que o médico que procura o curso de Acupuntura o faz motivado a aumentar seu conhecimento da Medicina e da especialidade médica Acupuntura. Busca o encontro com a Acupuntura motivado por anseio de conhecimento ou curiosidade ou porque presenciou resolução de problemas de saúde, principalmente alívio de algias de si mesmo ou de familiares ou amigos. Outras vezes porque foi sugerido e estimulado por colegas porque ouviu falar dos bons resultados da Acupuntura.

O médico procura a Acupuntura por acreditar que esta oferece melhores resultados terapêuticos no manejo de afecções, principalmente as energéticas, as emocionais e as dolorosas, sendo também bastante útil, embora possa ser insuficiente, nas doenças orgânicas. Nesta última situação compreende que melhores resultados no tratamento podem ser obtidos quando se associa Acupuntura à terapêutica da Medicina convencional.

Motiva-o também o desejo de ampliação de conhecimento geral no que tange a entrar em contato com uma cultura e uma concepção de mundo muito diversas das quais está habituado. Aproxima-se da Medicina Chinesa-Acupuntura por sentir-se fascinado por uma cultura e filosofia que oferecem uma visão do indivíduo da Medicina e do mundo de um ponto de vista diferente do que se tem na Medicina Ocidental atual. Esta visão dita holística apresenta-se atraente para o médico desejoso de ampliar seus horizontes, tanto na vida profissional como na vida pessoal.

Assim, se no início do curso a Medicina Chinesa e a Acupuntura pareciam tão promissoras, com o aumento do contato dos médicos participantes de nossa pesquisa com esta “nova” abordagem e com a aprendizagem desta medicina milenar, esta impressão se confirma e se amplia, satisfaz a expectativa e mesmo, em alguns casos, a ultrapassa.

O médico procura a Acupuntura para complementar seus conhecimentos técnicos e científicos e percebe mesmo que o curso de Medicina Chinesa-Acupuntura o ajuda a compreender melhor a própria Medicina convencional contemporânea. Percebe que a visão da Acupuntura do processo saúde-doença e do mundo oferece respostas e explicações que há muito vem buscando e que não encontrou na Medicina convencional. Afirma que a Acupuntura acrescenta a concepção energética que desta forma preenche lacunas existentes na visão da Medicina convencional.

O curso de Acupuntura aparece como uma oportunidade privilegiada para o médico ter contato com uma filosofia e cultura diferentes e ampliar seu modo de perceber a Medicina e o mundo.

Apesar de toda a crítica que o médico tem com relação ao paradigma da Medicina Convencional, assim mesmo considera que esta é essencial embora incompleta, insatisfatória e muito atrelada à indústria farmacêutica.

Ao incorporar a Acupuntura à sua prática os médicos pretendem ampliar as possibilidades da abordagem diagnóstica e terapêutica de seus pacientes, estabelecendo inter-relacionamento entre a Acupuntura e a Medicina convencional, o que constitui um movimento no sentido de ampliar o campo

desta nova forma de Medicina. Esta abordagem integrada da Medicina possibilita a ampliação da visão do médico sobre sua própria prática. Ainda mais, esta nova forma de viver a Medicina é também uma forma renovada de viver sua própria vida, na medida em que amplia sua visão das coisas do mundo e da vida.

Para o médico da nossa pesquisa a Acupuntura também representa uma atividade gratificante, na medida em que lhe oferece uma visão mais ampla do ser humano e do mundo no geral e no aspecto específico como forma de tratamento bastante resolutiva, podendo ser também opção de fonte de renda.

O médico do nosso estudo refere que a Acupuntura possibilita melhor compreensão da saúde, da doença, da ciência, da Medicina, da natureza e do meio ambiente, da sociedade e das inter-relações entre todas estas entidades, enfim, um melhor entendimento do outro e de si mesmo.

É com este entendimento que consideramos que devem ser implementadas ações no sentido de facilitar o oferecimento de tratamento por Acupuntura para os vários setores da população do nosso País.

A formação do médico acupunturista merece do mesmo modo consideração, reflexão e atitude. Os programas dos cursos de Acupuntura devem contemplar além do conteúdo específico da Medicina Chinesa-Acupuntura também o ensino ou a revisão integrada de disciplinas do currículo de graduação em Medicina, bem como de disciplinas mais relacionadas aos aspectos subjetivos e humanísticos da relação médico-paciente.

Como especialidade médica e porque tem aumentado o interesse de médicos por Acupuntura, é necessário e desejável que no curso de graduação em Medicina seja oferecida a disciplina de Acupuntura, bem como na residência médica. Dessa maneira, criam-se condições mais concretas da aproximação e da inserção da Acupuntura na Medicina na medida em que efetivamente como especialidade é apresentada ao meio médico e acadêmico como recurso da Medicina. É importante que o médico de qualquer especialidade no exercício profissional diário, para ampliar seu arsenal diagnóstico e terapêutico, aprenda

e inclua na anamnese e na propedêutica elementos da Medicina Chinesa e da Acupuntura.

Ainda com relação à presença da Acupuntura no meio acadêmico universitário, é relevante que se estimule a pesquisa científica, que vise proporcionar o esclarecimento do modo de ação da Acupuntura à luz do conhecimento da ciência contemporânea, o que consiste em forma concreta de integração.

Políticas públicas de incentivo à implantação de serviços de Acupuntura no SUS são desejáveis, com promoção de acesso aos diferentes segmentos da população, de acordo com a demanda existente, visto que o tratamento por Acupuntura pode ser importante nas diferentes fases do adoecimento, desde a prevenção, quando a doença está em fase energética, até a reabilitação.

Para garantir os princípios de eficiência e eficácia e de acessibilidade e equidade, é indispensável que isso aconteça em uma situação que considere de forma abrangente as dimensões, quantitativas e qualitativas dos sujeitos envolvidos no atendimento à saúde. Assim, importam não só a consideração das condições pertinentes ao paciente, mas também ao médico, com oferecimento de condições apropriadas de trabalho e adequada remuneração, além de possibilidade de capacitação visando atender à necessidade de aprimoramento profissional técnico e científico do médico, estabelecendo condições compatíveis com a dignidade profissional e o exercício da boa prática.

A experiência pioneira do ensino de Acupuntura vem se integrando ao processo de formação médica na Unifesp-EPM, ligado ao Departamento de Ortopedia e Traumatologia desenvolvido pelo Setor de Medicina Chinesa/Acupuntura com médicos-alunos do Center-AO. Também na graduação em Medicina, com o ensino de Acupuntura aos alunos, tanto como disciplina eletiva quanto como disciplina curricular obrigatória no sexto ano médico, bem como na Liga Acadêmica tem demonstrado que a integração entre Acupuntura e Medicina convencional é factível e desejável na universidade. O ensino teórico da Acupuntura que é acompanhado da parte prática no Hospital São Paulo, com atendimento a pacientes do SUS no ambulatório e no pronto-atendimento,

proporciona a esses pacientes tratamento efetivo de diversas afecções. A procura pelo serviço é feita de forma espontânea ou por meio de encaminhamento de médicos de diversas disciplinas da UNIFESP, bem como de outros serviços de saúde, o que tem demonstrado na prática esta integração. O setor conta ainda com o Laboratório de Acupuntura, onde são feitas pesquisas científicas. Além disso, parte da pesquisa da Acupuntura do setor é realizada em conjunto com disciplinas de outros departamentos da universidade.

A integração entre Acupuntura e Medicina convencional vem ocorrendo atualmente em universidades públicas, como é o caso da nossa já relatada experiência na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, bem como na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e na Universidade Federal de Alagoas. Do mesmo modo, algumas outras Faculdades de Medicina também oferecem alguma atividade de Acupuntura, muitas vezes na forma de Ligas Acadêmicas. Isso demonstra a possibilidade de que essa experiência se multiplique. Nesse contexto é recomendável que o ensino da Acupuntura no meio acadêmico aconteça com o cuidado com a docência de forma ao mesmo tempo que integrada, preservando os preceitos da Medicina Chinesa, sem descaracterizá-la.

Nesta integração, também o alcance da Medicina convencional no diagnóstico e no tratamento deve ser contemplado, com a solicitação de exames subsidiários e instituição de tratamento convencional sempre que se fizer necessário. Vale ressaltar que a integração de que tratamos deve ocorrer sem descaracterizar a Acupuntura que tem suas bases conceituais na Medicina Tradicional Chinesa, mas de forma a agregar elementos aos momentos diagnósticos e terapêuticos da Medicina convencional. A Acupuntura não deve ser assimilada de maneira a perder suas características, mas integrar-se de modo a manter suas peculiaridades, para que seja mantido seu alcance.

Para o exercício da Medicina a Acupuntura pode significar maior autonomia, mesmo quando em ambiente multidisciplinar de serviços de saúde, por proporcionar ampliação da abordagem do paciente e do mundo e por

acrescentar novas técnicas terapêuticas bastante resolutivas ao arsenal do médico.

Para o gestor público a Acupuntura pode representar mais uma forma de atendimento, a ser oferecido à população no SUS, em centros de saúde, em hospitais e ambulatorios ligados ou não a universidades. Esse tratamento de relativo baixo custo agrega benefícios ao atendimento médico, no sentido de proporcionar efetividade terapêutica e possibilidade de ação complementar a tratamentos eventualmente em curso, além de favorecer a adesão ao tratamento e fidelização da clientela.

Assim, nos serviços de saúde o médico ao fazer parte da equipe multidisciplinar pode atuar no sentido de aumentar a resolubilidade da consulta e do procedimento médico. Da mesma forma, pode auxiliar o paciente a aderir aos mais diversos tratamentos, quando de seus encontros periódicos, quando existe oportunidade do médico inquirir se o paciente tem seguido orientações médicas e tomado medicamentos que foram prescritos no atendimento convencional. Isso é particularmente importante em afecções de grande prevalência, como hipertensão arterial, diabetes, obesidade, prevenção de câncer ginecológico e tabagismo entre outras.

A Acupuntura pela forma de abordagem generalista favorece a integração com as várias especialidades. O reconhecimento do efeito do tratamento por parte do paciente tem se mostrado fator de convencimento para médicos de diferentes especialidades da eficácia e da adequação de tratamento por Acupuntura em várias afecções, conforme demonstra o crescente número de pacientes que chegam até nós por eles encaminhados e pela procura por cursos de Acupuntura. É necessário então que os cursos de especialização em Acupuntura para médicos contemplem um currículo suficiente para abordar os vários aspectos aqui discutidos, com o objetivo de formar acupunturistas competentes, com sólida formação em Medicina Com Chinesa/Acupuntura, com visão generalista e ao mesmo tempo capazes de atuar no ambiente atual da Medicina moderna.

A própria característica de médicos que vêm das diversas especialidades como revelado na nossa pesquisa e a característica de atendimento multiprofissional que é tendência na Medicina convencional são compatíveis com a integração da Acupuntura na Medicina.

Vale lembrar ainda a atividade de pesquisa científica acadêmica como um dos aspectos da integração com a Medicina científica, motivada pela curiosidade e pelo interesse científico sobre o intrigante modo de ação da Acupuntura.

Cabe ressaltar que em qualquer espaço de prática público ou privado, por suas peculiaridades a Acupuntura pode favorecer a adesão ao tratamento e a fidelização da clientela, duas condições que podem ser substratos para obtenção de bons resultados de tratamento. Essa situação também pode proporcionar à relação médico-paciente uma maior possibilidade de realização de seus objetivos específicos, relacionados à cura e a melhora de condições de saúde e de qualidade de vida. Com uma visão integral da pessoa e com o exercício da boa prática médica, é possível para o médico ser agente de transformação da saúde de seu paciente.

Acupuntura e Medicina ocidental convencional têm histórias e trajetórias próprias, com avanços e conquistas que têm proporcionado benefícios a milhões de pessoas ao longo do tempo. Assim, é interesse do paciente, do médico, do próprio conhecimento e da Ciência que a Acupuntura e a Medicina convencional se integrem e juntas contribuam para uma melhor compreensão do ser humano em seu meio. Em decorrência, podem ser proporcionadas melhores condições de saúde e de vida em todos os seus aspectos, que propicie ao ser humano a capacitação a participar eficazmente na sociedade, no exercício de sua cidadania e da completude de ser humano.

7. REFERÊNCIAS

- Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. São Paulo: EDUSC, 2001.
- Alvarenga AT, Sommerman A, Alvarez AMS. Congressos internacionais sobre transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais na direção de uma nova ciência moderna. Saúde e Sociedade. 2005; 14 (3); p.9-29.
- Araújo EC. O processo terapêutico da medicina homeopática - o papel estratégico da relação médico-paciente; 2001. Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Astin JA et al. A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. Arch Intern Med. 1998; 158: p.2303-2310.
- Auteroche B, Auteroche M. Guia prático de acupuntura e moxibustão. São Paulo: Andrei; 1996.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004; 13 (3): 16-29.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
- Barros JAC. Medicalización y salud. Cuad med soc. 1984; 28: 25-31.
- Breilh, J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Birch SJ, Felt RL. Entendendo a acupuntura. São Paulo: Roca, 2002.
- Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1996.
- Capra FJ. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 2000a.
- Capra FJ. O tao da física. São Paulo: Cultrix; 2000b.
- Casanova PG. As novas ciências políticas e as humanidades: da academia à prática. São Paulo, Boitempo Editorial; 2006.
- Chizzotti A. Pesquisa Qualitativa. São Paulo: EDPUC; 2001.

Cho ZH, Na CS, Wang EK, Lee SH, Hong IK. Imagem de ressonância magnética funcional do cérebro na investigação da acupuntura. In: Stux G, Hammerschlag. Acupuntura clínica, bases científicas. São Paulo: Manole; 2005. p. 93-106.

Conselho Federal de Medicina. O médico e seu trabalho: resultados da região sudeste e seus estados. Brasília, DF; 2005.

Costa NCA. O conhecimento científico. São Paulo: Discurso editorial; 1997.

Cuche D. A noção de cultura nas ciências sociais. São Paulo: EDUSC; 1999.

Dalla Porta N. Do cientificismo à revolução quântica: uma nova visão do real para um novo mundo. In: Random M. O pensamento transdisciplinar e o real. São Paulo: Triom; 2000.

Donnangelo MCF. Medicina e sociedade (o médico e seu mercado de trabalho). São Paulo: Livraria Pioneira; 1975.

Ezzo J, Lao L, Berman BM. Avaliação da eficácia clínica da acupuntura: o que se aprendeu com as análises (críticas) sistemáticas da acupuntura? In: Stux G, Hammerschlag. Acupuntura clínica, bases científicas. São Paulo: Manole; 2005. p. 125-144.

Foucault M. A crise atual da medicina. RJ: IMES UERJ; 1974.

Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Microfísica do poder. 11ª edição RJ: Graal 1993.

Foucault M. O nascimento da clínica. 5ª edição RJ: Forense universitária; 2001.

Furnham A. Por que as pessoas escolhem e utilizam tratamentos complementares? In: Ernst E (ed.). Medicina complementar, uma avaliação objetiva. São Paulo: Manole; 2001.

Goldman L e Ausiello D, editores. Cecil - Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. Tradução da 22ª edição, 2ª tiragem. Abordagem à medicina, ao paciente e à profissão médica: medicina como uma profissão humana e aprendida. v.1, p. 2-5.

Goleman D, organizador. Emoções que curam – conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde. Rio de Janeiro: Rocco; 1999.

Gomes MHA. Tradição e progresso técnico - a medicina e o ensino médico na Escola Paulista de Medicina. São Paulo; 1992 [Tese de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Han JS. Peptídeos opiáceos e anti-opiáceos: um modelo de equilíbrio *Yin-Yang* nos mecanismos da acupuntura na modulação da dor. In: Stux G, Hammerschlag. Acupuntura clínica, bases científicas. São Paulo: Manole; 2005. p. 57-76.

Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, Issue 1.

Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3; 2006.

Health Development Agency. Integrative approaches to qualitative and quantitative evidence. London; 2004.

Hoirisch A. O problema da identidade médica. Rio de Janeiro; 1976 [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro].

Iorio RC. Ensino da acupuntura na visão de estudantes de medicina. São Paulo; 2004 [Tese de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Iorio RC, Alvarenga AT, Yamamura Y. Acupuntura no currículo médico: visão de estudantes de graduação em medicina. Rev Bras Educ Med 2004 28; 3: 223-33.

Jain, BAN, Astin JA. Barriers to acceptance: an exploratory study of complementary/alternative medicine disuse. J Altern Compl Med. 2001; 7 (6) p.689-96.

Jonas WB, Levin JS. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole; 2001.

Klaus L, Andrew V, Hondras M, Riet G et al. Sistematic review of complementary therapies - an annotated bibliography. Part 1: Acupuncture. BMC Compl Altern Med 2001 1; 3. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/1/3>. [2002 ago].

Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 2003.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983.

Loyola MA. A medicina popular. In: Guimarães R, organizador. Saúde e medicina no Brasil, contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal; 1978. v.2, p. 225-250.

Luz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX1 *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2005; 15 (Suplemento): 145-176.

Machado MH, coordenadora. Os médicos no Brasil-um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Maciocia G. Os fundamentos da medicina chinesa. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2007.

Manente MLMF. Especialidades médicas: estudo psicossocial. São Paulo; 1997 [Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina].

Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 2ª ed. São Paulo: Moraes; 1994.

Meis L. O outro lado da ciência. São Paulo: Atheneu; 2000.

Meleiro AMAS. Médico como paciente. São Paulo: Lemos; 1999.

Mendes EV. A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP; 1985.

Millan LR. Vocação médica, um estudo de gênero. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro - São Paulo: ABRASCO-HUCITEC; 2000.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*. 1993; 9(3): p.237-248.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 - Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4:15-25.

Ministério da Saúde-MS. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Anais; 1986.

Ministério da Saúde-MS. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares-PMNPC. Brasília; 2005.

Morant G S. L'acupuncture chinoise. Paris: Maloine; 1972.

Moreira MCN, Souza WS. Na ordem dos discursos: notas epistemológicas sobre as aproximações entre o discurso geriátrico e o psiquiátrico na conjuntura brasileira. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 1999; 9: 49 – 73.

National Institutes of Health (NIH). Consensus development panel on acupuncture. *JAMA* 1998; 280:1518-24.

Nguyen VN, Tran VD, Nguyen RC. Arte e prática da acupuntura e da moxibustão, segundo o "Zhen Jiu Da Cheng" de Yang Chi Chou. São Paulo: Roca; 2003.

Nicolescu B. Uma transdisciplinaridade planetária para viver e sobreviver. In: Random M. O pensamento transdisciplinar e o real. São Paulo: Triom; 2000.

Nogueira-Martins, LA. Residência médica - estresse e crescimento. São Paulo: Casa do psicólogo; 2005.

Nong CX. Acupuntura e moxibustão chinesa. São Paulo: Roca; 1999.

Organización Pan Americana de la Salud (OPS). La crisis de la salud publica - reflexiones para el debate. Washington; 1992.

Pignone M, McPhee SJ. Approach to the patient and health maintenance. In: Thierney Jr LM, McPhee SJ e Papadakis MA ed. *Current medical diagnosis and treatment*. 46ª ed. New York: Mc Graw Hill; 2007. p.1-20.

Pomeranz B. Analgesia por acupuntura – pesquisas básicas. In: Stux G, Hammerschlag. *Acupuntura clínica, bases científicas*. São Paulo: Manole; 2005. p. 1-31.

Possas C. O trabalho médico como prática social. In: *Saúde e trabalho-a crise da previdência social*. RJ: Graal; 1981.

Queiroz MS. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev. Saúde Pública*. 1986;20 (4) p.309-17.

Random M. O pensamento transdisciplinar e o real. São Paulo: Triom; 2000. A maiuêutica da pergunta; p. 29-31.

Ross J. Sistemas de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa. 2ª ed. São Paulo: Roca; 1994.

Ross J. Combinações dos pontos de acupuntura, a chave para o êxito clínico. São Paulo: Roca; 2003.

Shangai College of Traditional Medicine. Acupuntura um texto compreensível. São Paulo: Roca; 1996.

Schraiber LB. O médico e seu trabalho-limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. In: Interface-Comunicação, Saúde, Educação 1997; 1(1): 123-136.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. Saúde em debate-série didática. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.

Schutz A. El problema de la realidade social. Buenos Aires: Amorrortu, 1962.

Schutz A. Fenomenologia del mundo social. Paidós Buenos Aires 1972.

Smith FWK. Neurophysiologic basis of acupuncture. Probl Vet Med. 1992; 4: 34-52.

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Terris M. Tendências actuales em la salud publica de las Américas. In La crisis de la salud publica - reflexiones para el debate. Organización Pan Americana de la Salud, Washington; 1992; p.185-284.

Vaitsman J. Saúde, cultura e necessidades. In Fleury S. (org.) Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.

Velho G. Subjetividade e sociedade-uma experiência de geração. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2002.

Vickers A. Recent advances in Complementary medicine. British Medical Journal. 2000; 321:683-686.

Victora CG, Knauth DR e Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saude: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

White A, Ernst E. Introdução In:, Ernst E; White A. Acupuntura uma avaliação científica. São Paulo: Manole; 2001a. p. 1-12.

White A, Ernst E. Neurofisiologia da analgesia por acupuntura. In:, Ernst E; White A. Acupuntura uma avaliação científica. São Paulo: Manole; 2001b. p. 77-120.

Whorton JC. A história da medicina complementar. In: Jonas WB, Levin JS. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole; 2001.

World Health Organization. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Geneva; 2000.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action Library Cataloguing-in-Publication Data; 2003.

World Health Organization. Report working group meeting on quality of academic education in traditional medicine. Regional Office for the Western Pacific Manila, Philippines 2004.

World Health Organization. Traditional chinese medicine could make health for one true. Regional Office for South-East Asia; Pyongyang, DPR Korea, 2005.

Yamamura Y. Acupuntura - a arte de inserir. 2ªed. São Paulo: Roca; 2001a.

Yamamura Y. Alimentos, aspectos energéticos. São Paulo: Triom; 2001b.

Yamamura Y. Efeitos da acupuntura, evidenciados por estudos clínicos e experimentais controlados, realizados na Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina, no período de 1992 a 2002. São Paulo; 2002 [Tese de Livre-Docência - UNIFESP-EPM].

Zeldow PB, Daugherty SR. Profiles and speciality choice of students. Acad med. 1991;66: 283-7.

8. ANEXOS

A - 1

Anexo 1: Questionário para a primeira fase da pesquisa

1. Por que você procurou o curso de Acupuntura?
2. Você tem outra especialidade?
3. Qual sua atividade profissional principal? (local de trabalho, tipo de trabalho-assistência médica ou outro tipo - vínculo empregatício, serviço público ou iniciativa privada; outras características que você julgar relevantes para caracterizar seu trabalho):
4. Você tem outras atividades profissionais? Quais?
5. Como você planeja exercer a especialidade de Acupuntura?
6. Escreva sua opinião sobre Acupuntura.
7. Escreva sua opinião sobre a Medicina convencional.
8. Como é para você o processo saúde-doença?
9. Dados pessoais
Ano de formatura: _____
Faculdade onde se formou: _____
Residência médica: Não _____ Sim _____ Ano de início _____ Ano de conclusão _____
Qual especialidade? _____ Faculdade _____
Qual a sua idade? _____
Estado civil: _____
Nº de filhos: _____

Profissão do cônjuge: _____

Fontes de renda familiar: _____

Local de moradia: na cidade de São Paulo Sim____ Não____

distância aproximada da cidade de São Paulo: _____Km

10. Você procurou Acupuntura para incorporar à sua atividade profissional atual?

Não____ Sim _____

11. Você procurou Acupuntura para mudar de especialidade? Não____ Sim _____

12. Qual o grau de satisfação com sua especialidade atual? Pequeno Médio Alto

13. Você acredita que a prática de Acupuntura difere da prática de outras especialidades? Não____ Sim _____ Como?

14. Você acredita que a relação médico - paciente na Acupuntura é diferente de outras especialidades? Não ____ Sim ____ Como?

15. Você se considera feliz:

Na vida profissional? Não ____ Sim _____

Na vida pessoal? Não ____ Sim _____

Agradecemos sua colaboração. Faremos uma segunda fase da pesquisa, com entrevistas individuais. Se você tiver interesse em participar, deixe seu nome e número de telefone e/ou e-mail para contato.

Anexo 2: Questionário para segunda fase da pesquisa**I.** Você poderia fornecer, inicialmente, alguns de seus dados pessoais?

Qual a sua idade? _____

Estado civil: _____

Nº de filhos: _____

Profissão do cônjuge: _____

Fontes de renda familiar: _____

Local de moradia: na cidade de São Paulo Sim () Não ()

distância aproximada da cidade de São Paulo: _____Km

Ano de formatura: _____

Faculdade onde se formou: _____

Residência médica: Sim () Não () Ano de início_____ Ano de conclusão_____

Qual especialidade?_____ Faculdade_____

Quais as especialidades que você tem atualmente?

Tem Título de Especialista pela AMB? Sim () Não () Qual?

Qual sua atividade profissional principal atualmente? (local de trabalho, tipo de trabalho - assistência médica ou outro tipo - vínculo empregatício, serviço público ou iniciativa privada; consultório próprio; outras características que você julgar relevantes para caracterizar seu trabalho).

Você tem outras atividades profissionais? Quais?

II. Questionário

1. Por que você procurou o curso de Medicina Chinesa - Acupuntura?

2. Escreva sua opinião sobre Medicina Chinesa - Acupuntura. Sua opinião mudou com a realização do Curso de Medicina Chinesa - Acupuntura?

3. Escreva sua opinião sobre a Medicina Convencional. Sua opinião mudou com a realização do curso de Medicina Chinesa - Acupuntura?

4. Quais são, na sua opinião, as principais diferenças entre Medicina Convencional e Medicina Chinesa – Acupuntura que você pode identificar no final do curso?

5. Como é para você o processo saúde-doença?

6. Você acredita que a relação médico - paciente na Acupuntura é diferente de outras especialidades? Sim () Não () Como?

7. Você acredita que a prática de Acupuntura difere da prática de outras especialidades? Sim () Não () Por que?

8. Você pensa em exercer Acupuntura após o término do curso:

8.1. Apenas exercer Acupuntura, mudando de especialidade. Sim () Não ()

8.2. Exercer Acupuntura e outra especialidade que já exerça atualmente incorporando à sua atividade médica profissional. Sim () Não ()

8.3. Por que?

9. Qual o grau de satisfação com sua especialidade atual?

Pequeno() Médio () Alto ()

9.1. Por que?

10. Você pretende obter o Título de Especialista pela Associação Médica Brasileira - AMB? Sim() Não() Por que?

11. Quais são, no seu modo de ver, as principais dificuldades de ser médico hoje?

12. Você é feliz?

Na vida profissional? Sim () Não ()

Na vida pessoal? Sim() Não ()

13.Escreva sobre um tema ou aspecto da Medicina Chinesa – Acupuntura que mais tenha despertado seu interesse.

Anexo 3:**Caracterização da população amostral, sujeitos e não sujeitos da amostra.**

São considerados médicos desistentes do curso os que formalmente haviam solicitado desligamento do curso ou foram considerados desistentes pela direção do curso.

As características descritivas da população estudada que permitiram chegarmos as duas populações de sujeitos do nosso estudo, ingressantes e formandos, encontram-se tabuladas a seguir.

Turma 33

Tabela 1 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 33 quanto a idade

Idade	T 33		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 30 anos	14	60,9	9	39,1	23	100
30 a 44 anos	38	62,3	23	37,7	61	100
45 anos ou +	14	56,0	11	44,0	25	100
Total	66	60,6	43	39,4	109	100

Qui-quadrado = 0,295 (p = 0,863)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação à idade.

Tabela 2 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 33 quanto ao sexo

Sexo	T 33		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	31	56,4	24	43,6	55	100
Feminino	35	64,8	19	35,2	54	100
Total	66	60,6	43	39,4	109	100

Qui-quadrado = 0,815 (p = 0,367)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao sexo.

Tabela 3 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 33 quanto ao estado civil

Estado civil	T 33		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	34	68,0	16	32,0	50	100
Outros	32	54,2	27	45,8	59	100
Total	66	60,6	43	39,4	109	100

Qui-quadrado = 2,146 (p = 0,143)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao estado civil.

Tabela 4 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 33 quanto ao local de residência

Residência	T 33		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
SP - capital	35	61,4	22	38,6	57	100
Outros	31	59,6	21	40,4	52	100
Total	66	60,6	43	39,4	109	100

Qui-quadrado = 0,036 (p = 0,849)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao local de residência.

Tabela 5 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 33 quanto ao tempo de formado

Tempo de formado	T 33		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 10 anos	23	50,0	23	50,0	46	100
11 a 20 anos	26	70,3	11	29,7	37	100
21 anos ou +	17	65,4	9	34,6	26	100
Total	66	60,6	43	39,4	109	100

Qui-quadrado = 3,861 (p = 0,145)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao tempo de formado.

Turma 34**Tabela 6** - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 34 quanto a idade

Idade	T 34		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 30 anos	17	51,5	16	48,5	33	100
30 a 44 anos	32	62,8	19	37,2	51	100
45 anos ou +	14	48,3	15	51,7	29	100
Total	63	55,8	50	44,2	113	100

Qui-quadrado = 1,908 (p = 0,385)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação à idade.

Tabela 7 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 34 quanto ao sexo

Sexo	T 34		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	34	56,7	26	43,3	60	100
Feminino	29	54,7	24	45,3	53	100
Total	63	55,8	50	44,2	113	100

Qui-quadrado = 0,043 (p = 0,835)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao sexo.

Tabela 8 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 34 quanto ao estado civil

Estado civil	T 34		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	33	66,0	17	34,0	50	100
Outros	30	47,6	33	52,4	63	100
Total	63	55,8	50	44,2	113	100

Qui-quadrado = 3,181 (p = 0,051)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao estado civil.

Tabela 9 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 34 quanto ao local de residência

Residência	T 34		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
SP - capital	33	50,0	33	50,0	66	100
Outros	30	63,8	17	36,2	47	100
Total	63	55,8	50	44,2	113	100

Qui-quadrado = 2,128 (p = 0,145)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao local de residência.

Tabela 10 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 34 quanto ao tempo de formado

Tempo de formado	T 34		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 10 anos	39	60,0	26	40,0	65	100
11 a 20 anos	15	51,7	14	48,3	29	100
21 anos ou +	9	47,4	10	52,6	19	100
Total	63	55,8	50	44,2	113	100

Qui-quadrado = 1,207 (p = 0,547)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao tempo de formado.

Turma 35

Tabela 11 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 35 quanto a idade

Idade	T 35		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 30 anos	21	75,0	7	25,0	28	100
30 a 44 anos	32	71,1	13	28,9	45	100
45 anos ou +	15	62,5	9	37,5	24	100
Total	68	70,1	29	29,9	97	100

Qui-quadrado = 1,004 (p = 0,601)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação à idade.

Tabela 12 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 35 quanto ao sexo

Sexo	T 35		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	26	61,9	16	38,1	42	100
Feminino	42	76,4	13	23,6	55	100
Total	68	70,1	29	29,9	97	100

Qui-quadrado = 2,375 (p = 0,123)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao sexo.

Tabela 13 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 34 quanto ao estado civil

Estado civil	T 35		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	27	65,6	11	34,4	38	100
Outros	41	69,5	18	30,5	59	100
Total	68	70,1	29	29,9	97	100

Qui-quadrado = 0,143 (p = 0,705)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao estado civil.

Tabela 14 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 35 quanto ao local de residência

Residência	T 35		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
SP - capital	33	67,4	16	32,6	49	100
Outros	35	72,9	13	27,1	48	100
Total	68	70,1	29	29,9	97	100

Qui-quadrado = 0,359 (p = 0,549)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao local de residência.

Tabela 15 - Distribuição do total de médicos alunos e dos desistentes da Turma 35 quanto ao tempo de formado

Tempo de formado	T 35		Desistentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 10 anos	36	80,0	9	20,0	45	100
11 a 20 anos	20	55,6	16	44,4	36	100
21 anos ou +	12	75,0	4	25,0	16	100
Total	68	70,1	29	29,9	97	100

Qui-quadrado = 5,921 (p = 0,052)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, os desistentes não diferem de sua turma em relação ao tempo de formado.

Anexo 4**Termo de consentimento livre e esclarecido** (para primeira e segunda fases da pesquisa)

Fui informado(a) de que está sendo realizada uma pesquisa com o título " Acupuntura no exercício da Medicina: o médico acupunturista e seus espaços de prática", sob responsabilidade de Rita de Cassia Iorio, médica acupunturista, aluna do curso de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Este estudo visa pesquisa e posterior publicação de resultados, que tem como objetivo identificar as concepções sobre aspectos que contribuem para a procura de médicos por estudar e se especializar em Medicina Chinesa - Acupuntura.

A pesquisa compreende duas fases, com aplicação de um questionário a ser respondido por escrito no início e no final do curso de Medicina Chinesa-Acupuntura. Posso participar das duas fases do estudo ou apenas da primeira, ou apenas da segunda.

Caso eu aceite participar desta pesquisa, responderei o questionário por escrito.

O meu nome jamais aparecerá quando forem apresentados os resultados da pesquisa. Não receberei qualquer pagamento por participar deste estudo e não sofrerei qualquer punição ou prejuízo se, mesmo depois de ter iniciado a responder o questionário, eu resolver parar ou não quiser responder alguma ou algumas das perguntas.

Se eu estiver de acordo em participar desta pesquisa, me será pedido para assinar este 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido'. Caso eu prefira não assinar, minha decisão será respeitada e isto não impedirá que eu participe da pesquisa.

Depois de ler estas informações, decidi participar desta pesquisa, de forma livre e esclarecida.

São Paulo, de de 2004.

Assinatura do(a) participante:

Assinatura da pesquisadora:

Anexo 5: Tabela de especialidades médicas

Classificação das especialidades médicas com base na natureza e no processo de trabalho médico, com as porcentagens de especialidades e de médicos por grupo no Brasil.

Grupo 1: Cognitivas: Alergia e Imunoterapia, Angiologia, Cardiologia, Endocrinologia e Metabolia, Foniatria, Geriatria e Gerontologia, Genética clínica, Hansenologia, Homeopatia, Infectologia, Medicina do trabalho, Medicina esportiva, Medicina geral comunitária, Medicina interna, Neurologia, Neurologia pediátrica, Nutrologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Sexologia, Tisiologia.	35,9% das especialidades 43,3% dos médicos
Grupo 2: Técnico-cirúrgicas e de Habilidades: Cirurgia cardiovascular, Cirurgia da mão, Cirurgia de cabeça e pescoço, Cirurgia geral, Cirurgia pediátrica, Cirurgia plástica, Cirurgia torácica, Cirurgia vascular, Mastologia, Neurocirurgia.	15,6% das especialidades 13,3% dos médicos
Grupo 3: Intermediárias: Acupuntura, Anestesiologia, Broncoesofagologia, Cancerologia, Dermatologia, Endoscopia digestiva, Fisiatria, Gastroenterologia, Ginecologia, Obstetrícia, Hematologia, Nefrologia, Medicina legal, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Proctologia, Terapia intensiva, Urologia.	29,7% das especialidades 36,3% dos médicos
Grupo 4: Tecnológicas e Burocráticas: Administração Hospitalar, Citopatologia, Eletroencefalografia, Hemoterapia, Medicina do tráfego, Medicina nuclear, Medicina sanitária, Neurofisiologia clínica, Patologia, Patologia clínica, Radiologia, Radioterapia.	18,8% das especialidades 7,1% dos médicos

Baseado em MACHADO (1999) Pg. 28.

Anexo 6: Análise estatística quanto à homogeneidade de distribuição das respostas aos questionários das turmas de médicos respondentes.

RESPONDENTES

1) 1º. Questionário

Sexo	T 34		T35		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	35	63,6	20	36,4	55	100
Feminino	26	54,2	22	45,8	48	100
Total	61	59,2	42	40,8	103	100

Qui-quadrado = 0,952 (p = 0,329)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, as turmas não diferem em relação ao sexo.

Idade	T 34		T 35		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 30 anos	14	53,9	12	46,1	26	100
30 a 44 anos	27	57,5	20	42,5	47	100
45 anos ou +	20	66,7	10	33,3	30	100
Total	61	59,2	42	40,8	103	100

Qui-quadrado = 1,061 (p = 0,588)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, as turmas não diferem em relação à idade.

Tempo de formado	T 34		T 35		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 10 anos	31	58,5	22	41,5	53	100
11 a 20 anos	17	54,8	14	45,2	31	100
21 anos ou +	13	68,4	6	31,6	19	100
Total	61	59,2	42	40,8	103	100

Qui-quadrado = 0,924 (p = 0,630)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, as turmas não diferem em relação ao tempo de formado.

2) 2º. Questionário

Sexo	T 33		T34		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	19	50,0	19	50,0	38	100
Feminino	14	41,2	20	58,8	34	100
Total	33	45,8	39	54,2	72	100

Qui-quadrado = 0,523, p = 0,453)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, as turmas não diferem em relação ao sexo.

Idade	T 33		T 34		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 30 anos	3	33,3	6	66,7	9	100
30 a 44 anos	18	45,0	22	55,0	40	100
45 anos ou +	12	52,2	11	47,8	23	100
Total	33	45,8	39	54,2	72	100

Qui-quadrado = 0,950 p = 0,622)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, as turmas não diferem em relação à idade.

Tempo de formado	T 33		T 34		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 10 anos	7	35,0	13	65,0	20	100
11 a 20 anos	14	50,0	14	50,0	28	100
21 anos ou +	12	50,0	12	50,0	24	100
Total	33	45,8	39	54,2	72	100

Qui-quadrado = 1,31, p = 0,520)

O valor de qui-quadrado indica não haver associação entre as variáveis, ou seja, as turmas não diferem em relação ao tempo de formado.

OS DADOS ANTERIORES INDICAM QUE AS TURMAS PODEM SER AGRUPADAS PARA A ANALISE DAS CARACTERISTICAS DE INTERESSE.

TURMA 35 e 34 - grau de satisfação

	T 35	T 34	Total	%
A	15	17	32	31.1%
M	24	37	61	59.2%
P	0	6	6	5.8%
NR	3	1	4	3.9%
Total	42	61	103	100.0%

Qui-quadrado = 6,616 (p = 0,085; p para o teste exato de Fisher = 0,077) não existe associação entre as variáveis.

TURMA 35 e 34- acupuntura "incorporada"

	T 35	T 34	Total	%
SIM	37	43	80	77.7%
NÃO	4	14	18	17.5%
Não sei	1	4	5	4.9%
Total	42	61	103	100.0%

Qui-quadrado = 4,452 (p = 0,108; p para o teste exato de Fisher = 0,096) não existe associação entre as variáveis.

TURMA 35 e 34 - mudar especialidade

	T 35	T 34	Total	%
SIM	2	18	20	19.4%
NÃO	36	39	75	72.8%
Talvez	4	4	8	7.8%
Total	42	61	103	100.0%

Qui-quadrado = 9,747 (p = 0,008; p para o teste exato de Fisher = 0,004) – esse resultado indica que entre

aqueles que pretendem mudar de especialidade (n=20) encontra-se maior proporção de alunos da T34 (90%)

TURMA 35 e 34 - prática difere

SIM	39	59	98	95.1%
NÃO	2	1	3	2.9%
Não sei	1	1	2	1.9%
Total	42	61	103	100.0%

Qui-quadrado = 0,942 (p = 0,624; p para o teste exato de Fisher = 0,637) não existe associação entre as variáveis.

TURMA 35 e 34 - RELAÇÃO MÉD PAC

SIM	36	55	91	88.3%
NÃO	4	5	9	8.7%
Talvez	2	1	3	2.9%
Total	42	61	103	100.0%

Qui-quadrado = 0,939 (p = 0,625; p para o teste exato de Fisher = 0,774) não existe associação entre as variáveis.

Crítica à Medicina		23	T33	48,9	24	T34	51,1	47	Total	100	Q	0,469
Sim	Não	N	N	%	N	N	%	N	N	%	quadrado	p
Convencional		33		45,8	39		54,2	72		100		
Crítica as condições de trabalho e a remuneração insuficiente												
Sim		19		33,9	37		66,1	56		100	14,386	0,000
Não		14		87,5	2		12,5	16		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		
Falta de prestígio social e reconhecimento												
Sim		7		41,2	10		58,8	17		100	0,194	0,659
Não		26		47,3	29		52,7	55		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		
Abordagem holística												
Sim		22		52,4	20		47,6	42		100	1,741	0,187
Não		11		36,7	19		63,3	30		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		
Relação médico-paciente												
Sim		20		57,1	15		42,9	35		100	0,495	0,482
Não		13		48,2	14		51,8	27		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		
Paciente como um todo												
Sim		14		45,2	17		54,8	31		100	0,010	0,921
Não		19		46,3	22		53,7	41		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		
Integração												
Sim		15		53,6	13		46,4	28		100	0,002	0,961
Não		18		52,9	16		47,1	34		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		
Emoções/Mente												
Sim		10		38,5	16		61,5	26		100	0,891	0,345
Não		23		50,0	23		50,0	46		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		
Cura												
Sim		12		57,1	9		42,9	21		100	1,527	0,217
Não		21		41,2	30		58,8	51		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		
Prevenção												
Sim		6		42,9	8		57,1	14		100	0,062	0,803
Não		27		46,6	31		53,4	58		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		
Oportunidade profissional												
Sim		2		28,6	5		71,4	7		100	0,931	0,335
Não		31		47,7	34		52,3	65		100		
		33		45,8	39		54,2	72		100		

Anexo 7: Descritores de Acupuntura e Medicina Convencional encontrados nas respostas aos questionários.

Descritores de Acupuntura e suas características e relações:

1. holística e integral
2. abordagem mais completa e integrativa
3. vê o paciente como um todo
4. proporciona atenção integral ao paciente
5. integrativa
6. energética; estímulo de pontos energéticos
7. equilíbrio/desequilíbrio
8. harmonia/desarmonia
9. equilíbrio *Yin/Yang*
10. alterações emocionais
11. mente/corpo/alma/espírito
12. prevenção
13. exótico, milenar, filosofia
14. outro ponto de vista
15. desconhecida
16. identificação
17. identificação cultural
18. semiologia, diagnóstico, anamnese
19. prioriza exame clínico, conduta
20. outra técnica, sucesso no tratamento da dor
21. nova forma de tratamento
22. outra visão da doença
23. fascinante
24. paciente holístico, paciente como um todo
25. focada no doente e não na doença
26. valoriza a saúde

27. queixas verdadeiras, tratamento individualizado
28. necessidades do paciente
29. sem contra-indicações e efeitos colaterais
30. tem seus limites, pouco difundida
31. é lógica

32. mecanismo neuroimunológico
33. átomos
34. bom método de tratamento, eficaz
35. efeito imediato
36. trata também a si próprio (médico)
37. ciência completa
38. conhecimento científico capaz de explicar e tratar as doenças
39. alta resolubilidade
40. medicina do futuro
41. especialidade médica
42. permite atividade reflexiva (do médico)
43. representa grande expectativa (para o médico que aprende)
44. valoriza processos ancestrais do paciente
45. ótima relação médico – paciente
46. relação de confiança
47. relação mais próxima, mais forte
48. cumplicidade, credibilidade
49. vínculo
50. subjetividade
51. sensibilidade do médico
52. informação positiva (que o médico tem sobre Acupuntura)
53. opção para depois da aposentadoria
54. hábitos de vida, alimentação, exercício
55. hábitos de altruísmo e lazer
56. fatores sócio econômicos e culturais

A-19

57. fazer mestrado, doutorado, pesquisa
58. desejar melhorar cultura
59. desejar melhorar prática médica
60. questão profissional e mercado de trabalho
61. auto-cuidado do paciente
62. maior tempo na consulta
63. menor contestação do paciente sobre conduta
64. concepção diferente de saúde/doença
65. associar as duas, são complementares
66. humanização, humanista
67. atitude
68. explica tudo

Descritores de Medicina convencional e suas características e relações:

Do mesmo modo, listamos a seguir as características para descrever ou se referir à Medicina convencional encontradas nas respostas:

1. limitada, fatalista e limitante
2. tratamento falho
3. trata só a causa
4. fragmentada, dividida
5. super-especializada, altamente tecnológica
6. incompleta, conhecimento fragmentado
7. arsenal terapêutico insuficiente
8. só curativa, paliativa
9. trata sintomas apenas, não desvenda causa
10. centrada na doença, valoriza a doença
11. objetiva e por isso limitada
12. bons resultados

A-20

13. boa aceitação
14. fascinante
15. envolvente
16. irracionalidade
17. tecnicista
18. mecanicista
19. cartesiana
20. conhecimento fragmentado
21. superficial
22. trata parcialmente
23. está em decadência
24. restrita às especialidades médicas
25. não satisfaz o paciente
26. impessoal
27. frustra o médico
28. muito cara
29. tóxica, efeitos colaterais, contra indicações
30. idiopática
31. condutas corretas

- 32. mercantilista
- 33. crítica à indústria farmacêutica
- 34. pouco humanista, ciência materialista
- 35. importantíssima nas emergências e urgências
- 36. mutabilidade da ciência
- 37. relatório Flexner relacionado aos interesses da indústria farmacêutica
- 38. crítica ao sistema de saúde no país
- 39. e ao descaso governamental com a saúde
- 40. necessária, não é substituível
- 41. é mais resolutiva quando o dano é orgânico
- 42. desrespeito à profissão

A-21

- 43. piora salarial
- 44. piora da qualificação profissional
- 45. trabalho noturno é desgastante
- 46. sem perspectiva de mudança
- 47. conhecimento não é valorizado
- 48. não tem lógica
- 49. mais exames complementares
- 50. menos semiologia e exame físico
- 51. decepção
- 52. indispensável
- 53. critérios restritos
- 54. incrível
- 55. muito empírica
- 56. boa remuneração na especialidade
- 57. excelentes condições de trabalho na especialidade
- 58. possibilidade de seguir carreira universitária