

Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I): aproximação fundamental

Quaternary prevention and integrative and complementary medicine (I): fundamental approach

Prevenición cuaternaria y prácticas integradoras y complementarias (I): aproximación fundamental

Charles Dalcanale Tesser¹, Armando Henrique Norman¹

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC

Resumo

Introdução: A medicina família e comunitária (MFC) vem desenvolvendo a prevenção quaternária (P4) com uma centralidade no uso crítico de recursos biomédicos. Em paralelo, vem crescendo a grande procura e o uso das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) por pessoas e profissionais de saúde, com crescentes investigação científica e institucionalização das PICS, sobretudo na atenção primária à saúde (APS). **Objetivo:** Descrever contribuições potenciais de várias PICS para a prática da P4. **Métodos:** Ensaio baseado em literatura selecionada assistematicamente, em perspectiva hermenêutica de compreender a interface P4-PICS e descrever sinteticamente contribuições possíveis de PICS para a prática da P4. **Resultados e Discussão:** O uso de PICS como P4 pode facilitar o autoconhecimento e a crítica dos profissionais; reduzir a medicalização, se assim direcionadas; enriquecer o autocuidado; reduzir a iatrogenia dos cuidados e pluralizar a terapêutica; transformar a observação assistida em terapêutica; otimizar a singularização da abordagem; amplificar/diversificar os estímulos à autocura e fornecer novos entendimentos e vias de acesso à saúde-doença. **Conclusão:** São amplas e férteis as possibilidades de uso de PICS como P4 na MFC e na APS, tanto na prevenção como no cuidado clínico aos adoecidos.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária; Terapias Complementares; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Sistema Único de Saúde

Como citar: Tesser CD, Norman AH. Prevenção quaternária e PICS (I). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2551. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2551](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2551)

Autor correspondente:

Charles Dalcanale Tesser.

E-mail: charles.tesser@ufsc.br

Fonte de financiamento:

CDT recebeu subsídio via bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq (proc. nº 303999/2018-7).

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Recebido em: 01/06/2020.

Aprovado em: 08/10/2020.



Abstract

Introduction: Family and community medicine (MFC) has been developing quaternary prevention (P4) with a centrality on the critical use of biomedical resources. In parallel, there is great demands for integrative and complementary medicine (I&CM) both by people and health professionals. In addition, it is occurring a growth in scientific research and institutionalization of I&CM, especially in primary health care (PHC). **Objective:** To describe potential contributions of various I&CMs to the practice of P4. **Methods:** Based on unsystematically selected literature, we applied a hermeneutic perspective to understand the P4-ICAM interface, by briefly describing possible I&CM contributions to the practice of P4. **Results and Discussion:** The use of I&CM as P4 can occur by facilitating the professionals' self-knowledge and criticism; potentially reducing the medicalization process; self-care enhancement; reducing the iatrogenic care and diversifying the therapeutic options; transforming watchful waiting into therapeutic approach; optimizing the individualised care; amplifying/diversifying the stimulus to self-healing; and providing new understandings and access ways to health-disease. **Conclusion:** The possibilities of using I&CM as P4 in MFC and PHC are wide and fertile, both in prevention and in clinical care of the sick person.

Keywords: Quaternary Prevention; Complementary Therapies; Primary Health Care; Family Practice; Unified Health System

Resumen

Introducción: La medicina familiar y comunitaria (MFC) ha estado desarrollando la prevención cuaternaria (P4) con un enfoque en el uso crítico de los recursos biomédicos. Paralelamente, existe una creciente demanda y uso de prácticas integradoras y complementarias (PIC) por parte de personas y profesionales de la salud, con una creciente investigación científica e institucionalización de PIC, especialmente en atención primaria de salud (APS). **Objetivo:** Describir las posibles contribuciones de varios PIC a la práctica de P4. **Métodos:** ensayo basado en literatura seleccionada asistémicamente, en una perspectiva hermenéutica de comprender la interfaz P4-PIC y describir brevemente las posibles contribuciones de PIC a la práctica de P4. **Resultados y Discusión:** El uso de PIC como P4 puede facilitar el autoconocimiento y la crítica de los profesionales; reducir la medicalización, si así se indica; enriquecer el autocuidado; reducir los iatrogénicos de la atención y pluralizar la terapia; transformar la observación asistida en terapia; optimizar la singularización del enfoque; ampliar / diversificar los incentivos para la autocuración y proporcionar nuevos entendimientos y rutas de acceso a la salud-enfermedad. **Conclusión:** Las posibilidades de usar PICS como P4 en MFC y APS son amplias y fértiles, tanto en prevención como en atención clínica para los enfermos.

Palabras clave: Prevención Cuaternaria; Terapias Complementarias; Atención Primaria de Salud; Medicina Familiar y Comunitaria; Sistema Único de Salud

INTRODUÇÃO

Prevenção quaternária (P4) significa proteger os usuários dos serviços de saúde de danos iatrogênicos e medicalização desnecessários.¹ Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) são um conjunto heterogêneo de produtos e saberes/práticas para cuidado à saúde não pertencentes à *mainstream medicine*.² Embora o exercício de várias PICS tenha características consistentes com as recomendadas para o cuidado na APS,³ a interface P4-PICS é pouco ou nada desenvolvida na literatura sobre P4.

Vários fatores convergentes tornam esse tema relevante: (a) presença progressiva das PICS nos sistemas públicos de saúde, mesmo que marginal;⁴ (b) sua inserção preferencial na APS;^{5,6} (c) utilização de PICS por médicos de família e comunidade (MFCs);⁷ e (d) a presença de outros profissionais convencionais ou terapeutas específicos que utilizam PICS em outros pontos do sistema de saúde ou na APS.^{5,8,9} Além disso, PICS foram legitimadas no SUS pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares,¹⁰ com diversidade ampliada para 29 modalidades, quase 80% da sua oferta ocorrendo na APS.¹¹ Entretanto, a presença das PICS não ocorre sem críticas e resistências,¹² mesmo na medicina de família e comunidade (MFC).¹³

O objetivo deste artigo é discutir contribuições que várias PICS podem oferecer à prática da P4. Trata-se de ensaio com uma perspectiva hermenêutica,¹⁴ visando compreender a literatura - assistematicamente

- selecionada (reconstrução) e realizar um diálogo com a situação atual da P4 (integração). Devido ao caráter prático da P4, focamos na integração. Contudo, bases conceituais mínimas (reconstrução) são sintetizadas conforme a necessidade.

Para discriminar as PICS, adotou-se a definição de racionalidade médica (RM).¹⁵ As RM são sistemas de cura com doutrina médica, dinâmica vital, morfologia, sistema diagnóstico e terapêutico articulados entre si, compartilhando uma cosmologia subjacente. Luz e Barros¹⁵ compararam quatro RMs: três vitalistas (medicina ayurvédica, medicina chinesa tradicional e homeopatia) e a biomedicina. RMs diferem de práticas complementares (PCs), ações e saberes de cuidado não tão estruturados epistemologicamente, como florais de Bach, iridologia, aromaterapia, etc.¹⁵ Não tratamos aqui de produtos, embora estes tenham sido as PICS mais prevalentes em três inquéritos populacionais norte-americanos.¹⁶

Facilitar a crítica da biomedicina e o autoconhecimento

Os MFCs comumente têm dificuldades para relativizar seus saberes e práticas, por estarem embebidos, no seu cotidiano profissional, em valores, crenças e pressuposições subjacentes à biomedicina. McWhinney, em 1996,¹⁷ critica duramente a biomedicina, mas reconhece que a MFC adota as abstrações do modelo biomédico (patologias) e se centra nos seus recursos terapêuticos (fármacos).¹⁸

Com o surgimento da medicina baseada em evidências (MBE) essa adesão provavelmente aumentou, intensificando um cientificismo positivista. Por exemplo, está implícita na biomedicina a preferência sistemática pela intervenção química, assentada em um materialismo fisicalista clássico, em que as cadeias causais dos adoecimentos são concebidas em sentido 'ascendente', dos níveis mais simples de organização do humano - bioquímicos - para os níveis mais complexos - percepção, função, emoção, consciência, etc. Isso alimenta a busca por lesões/disfunções físico-bioquímicas, com base em exames complementares e de imagem, bem como o uso de farmacoterapia, ambos tendencialmente medicalizantes e iatrogênicos. Nessa lógica são afastadas outras possibilidades de causação (multidirecional e descendente) e a idéia de que outros níveis do ser humano podem ser afetados quanto ao adoecimento e à cura.¹⁹ Isso não obscurece o fato de a MBE ser importante e necessária ferramenta de escrutínio crítico da biomedicina e, portanto, de P4; embora não suficiente, especialmente para o desafio de evitar o reducionismo e centrar o cuidado na pessoa.²⁰

Várias RMs vitalistas e PCs podem contribuir para o autoconhecimento crítico de aspectos da biomedicina e do modo de clinicar. Tais aspectos se tornam visíveis quando confrontados com ações clínicas diversas realizadas (via PICS) com finalidades semelhantes. Quando o profissional se defronta com outras terapias e RMs, com seus saberes e técnicas desconhecidas, sua vida e prática clínica podem ser vistas sob outra ótica. Isso tem o potencial de desencadear novos olhares para as práticas, facilitar um deslocamento que incrementa a capacidade crítica. O contato com outras RMs e TCs e seu aprendizado fomenta um distanciamento e um relativismo facilitadores da crítica dos saberes e práticas biomédicos.²¹ Isso propicia um processo de autoconhecimento pessoal e profissional importantes²² para clinicar com mais espírito crítico e prática de P4.

Ativar o potencial desmedicalizante de PICS

‘Medicalização social’ ou ‘medicalização’ significa aplicação de saberes e tecnologias biomédicas a um problema ou situação, quando isso não era feito anteriormente.²³ Illich, em 1976,²⁴ enfatizou que a medicalização gera comumente não só iatrogenia clínica, mas também social e cultural, com diminuição da capacidade de manejo autônomo de grande parte das dificuldades existenciais, dores e adoecimentos. O autor acreditava que os MFCs podiam ajudar a desmedicalizar, pela sua função de filtro na APS, sua inserção comunitária e sua opção questionadora e ética pela MFC.²⁵

A medicalização se refere à biomedicina e como as PICS estão fora dela, não poderiam medicalizar. Todavia, o conceito de medicalização vem sendo ampliado. Correia, em 2017,²⁶ defendeu que a medicalização deve ser remetida a qualquer ramo do conhecimento em saúde-doença. Mesmo que um ramo exerça controle sobre toda a sociedade (biomedicina no Ocidente), isso não impede que outros ramos “medicalizem comportamentos e condições, mesmo que o façam parcialmente” (p. 6).²⁶ A crítica de Illich,²⁴ fornece entendimento para a medicalização que extrapola a biomedicina: PICS podem medicalizar, caso convertam situações em problemas de saúde antes não considerados assim, e gerem iatrogenia clínica e/ou sociocultural, ao aumentar a dependência e diminuir a autonomia das pessoas.

A literatura aponta que várias PICS têm uma relação contraditória e paradoxal com a medicalização.²⁷ Características geralmente consideradas virtudes das PICS, sintetizadas no Quadro 1, podem propiciar efeitos medicalizantes, teoricamente²⁸⁻³⁰ e observados em estudos empíricos.^{31,32}

Quadro 1. Características de várias práticas integrativas e complementares (PICS).

- Abordagens mais holísticas;^{30,33}
- Proximidade simbólica dos seus usuários,³⁴ com concepção de saúde positiva e ampliada, mais centradas nos pacientes;²⁷
- Relação clínica mais afetuosa, empática, horizontalizada e participativa;³²
- Abordagens singularizantes e artesanais no diagnóstico e na terapêutica;³⁵
- Modalidades plurais de ação, que cultivam valores de busca de equilíbrio e harmonia multidimensional;³¹
- Concepções etiológicas que valorizam fatores sociais, ambientais, emocionais e espirituais da história individual.³¹

Fonte: Elaboração dos autores.

Conforme o Quadro 1, o exercício de PICS, permite detectar múltiplos fatores de adoecimento e desarmonias - alimentares, ambientais, emocionais, familiares, energéticos, espirituais, etc.; para além dos sintomas e doenças biomedicamente diagnosticados. Tais fatores/desarmonias podem se tornar “problemas de saúde” quase indefinidamente, produzindo um “adoecimento holístico crônico”, parcialmente medicalizante.³¹ Fries, em 2008,³⁶ interpretou a medicina integrativa como expansão da vigilância e regulamentação médicas para dimensões psicológicas, sociológicas e espirituais.

Todavia, em relação à biomedicina (de forte tendência medicalizante),³⁷ várias PICS e especialmente RMs vitalistas têm vantagens quanto a uma atuação menos medicalizante ou desmedicalizante, pelas

mesmas características do Quadro 1, que lhes conferem maleabilidade quanto a esse processo. Para isso se concretizar, entretanto, os profissionais necessitam ter clareza, valores, intuições e práticas nessa direção,³⁵ da P4. Nota-se, outrossim, que as características do Quadro 1, independentemente de PICS, servem de recursos para a prática de P4.

Enriquecer o autocuidado

O cuidado convencional na APS e várias PICS orientam práticas de autocuidado (ou auto-atenção³⁸), decididas e realizadas pelas próprias pessoas ou solidariamente por sua rede de apoio social. Com a maior longevidade e muitos problemas crônicos, o autocuidado ganha relevância por seu caráter preventivo e de promoção da saúde - sendo potencialmente significativo como estratégia de P4.

O autocuidado pode ser autorreferido (autóctone da pessoa, sua cultura, rede familiar e ou experiência de vida) ou heterorreferido (orientado por profissionais de saúde ou curadores). Uma parte do autocuidado heterorreferido pode entrar para uma zona cinzenta entre esses dois polos ou passar a integrar o autorreferido. Devido à medicalização social avançada, certas práticas biomédicas entraram para a zona cinzenta ou se tornaram autocuidado autorreferido. Elas foram incorporadas geralmente via socialização primária, tornando-se parte da nossa identidade³⁹ e constituindo-se no poder disciplinar de que falou Foucault.⁴⁰

Grande parte do autocuidado orientado pelos saberes biomédicos persiste heterorreferida e pouco praticada. Por sua validação radicar-se na ciência, existe um hiato quase insuperável entre os sujeitos e esse saber, que tende a reter apenas o significado de prevenção de doenças ou complicações, sem conectar-se com outras perspectivas existenciais das pessoas.³⁷ Quando praticado, geralmente o é por pressão profissional, via atemorização em doenças crônicas ou situações de alto risco. Em ambas é quase regra o uso da abordagem preventiva de alto risco, geralmente medicalizante e potencialmente iatrogênica. Quanto ao autocuidado, por exigir comportamentos distantes do entorno social, essa estratégia é pouco efetiva e relativamente frustrante.⁴¹

A maior convergência simbólica entre os saberes de várias PICS e concepções dos usuários (Quadro 1) favorece a conexão do autocuidado com suas perspectivas existenciais e estimula sua participação, facilitando relações mais horizontalizadas e de parceria. A prática de várias PICS pode permitir uma liberdade para experimentar, aprender e enriquecer o autoconhecimento e o autocuidado autorreferido, sem pressão ou atemorização,³⁵ fomentando a autonomia e o empoderamento, como recursos também de promoção da saúde.⁴² Estudos na APS brasileira mostram esse potencial de algumas PICS.^{43,44}

Transformar a observação assistida

Os MFCs e demais profissionais da APS trabalham com a chamada demora permitida⁴⁵ ou observação assistida (*whatchfull waiting*). Essa prática parte da ideia de 'não intervenção' diante da incerteza diagnóstica. O tempo como aliado ajuda a melhorar a probabilidade pré-teste ou prevalência, melhorando a relação diagnóstico/terapêutica. Muitas das condições são autolimitadas e a observação assistida ajuda na desmedicalização. Entretanto, ela pode gerar frustração e um vazio diagnóstico/terapêutico,¹⁹ resultando, por vezes, na utilização de fármacos, potencialmente iatrogênicos e medicalizantes.

Essas situações podem ser transformadas se forem utilizados recursos não biomédicos para atenuar o quadro sintomático e estimular a autocura. Assim, PICS podem contribuir para a P4 transformando a observação assistida em terapêutica. Este uso de PICS visa a harmonização do sujeito e alívio sintomático, podendo maximizar o efeito placebo (ou efeito inespecífico), que é sabidamente poderoso, para além de algum efeito específico. Várias PICS podem ser empregadas com essa finalidade, desde que o profissional as conheça suficientemente e decida de forma compartilhada com o usuário.

Pluralizar a terapêutica

Tanto as RMs vitalistas quanto as PCs podem fornecer instrumentos cognitivos e técnicas de modo a pluralizar as interpretações diagnósticas e as terapêuticas, reduzindo e/ou evitando o uso de fármacos. Em contextos medicalizados, é razoável a afirmação de que parece menos iatrogênico e mais enriquecedor para a cultura de saúde-doença dos usuários “contingentes de pessoas ‘homeopatizadas’, ‘acupunturadas’, ‘yoguizadas’, ‘meditantes’ ou ‘fitoterapeutizadas’, dentre outras, do que uma população continental medicalizada a exigir do SUS intervenções químico-cirúrgicas para qualquer incômodo” [na APS] (p. 918).⁴⁶

Frente às limitações terapêuticas e aos efeitos adversos comuns e significativos das práticas biomédicas, várias PICs surgem como opção complementar para o enfrentamento de doenças crônicas.⁴⁷ As PICS são consideradas menos invasivas, agressivas e iatrogênicas, atraindo desse modo a sua procura.⁴⁸ Esse é um ponto a favor de várias PICS como recurso de P4. A acupuntura e a homeopatia, por exemplo, podem ocasionalmente gerar efeitos adversos, mas eles são geralmente leves.⁴⁹⁻⁵² O uso de plantas medicinais, relativamente disseminado no Brasil, também é um manancial de recursos terapêuticos a incrementar a P4^{3,53}, que demanda aprendizado mínimo para usar ou orientar o uso autônomo.

Em estudo qualitativo no qual foram entrevistadas usuárias de PICS de serviços de APS, observou-se que 3/4 dos tratamentos com PICS era iniciativa dos profissionais e que em metade deles esse uso foi preferencial, alternativo e anterior ao uso de fármacos. Metade das participantes preferiam esse modo, sendo utilizadas acupuntura, auriculoterapia, florais, plantas medicinais e homeopatia. Tal preferência era devida aos menores efeitos adversos das PICS, ficando o cuidado convencional (com fármacos) para uso posterior se necessário.⁵⁴

Intensificar a singularização da abordagem

Singularizar o diagnóstico e o tratamento é outro modo de falar de centrar o cuidado na pessoa. Todavia, os saberes biomédicos pouco facilitam esse centramento. A biomedicina se caracteriza pela universalização dos corpos e generalização e padronização terapêutica centradas nas doenças ou sintomas, o que tem sido amplificado pelo pensamento probabilístico da MBE. Os saberes biomédicos sobre as doenças não facilitam a integração dos aspectos subjetivos e psicossociais dos pacientes na formulação do diagnóstico e na elaboração do plano terapêutico.⁵⁵ Isso limita a singularização dos diagnósticos e dos tratamentos, bem como a integralidade⁵⁶ da abordagem. Por isso, quando acontece, “o uso desses aspectos tende a ocorrer posteriormente à elaboração diagnóstica e terapêutica, na pactuação do tratamento diante das condições sociais, valores e preferências dos usuários” (p. 8).¹⁹

Na formação médica, a integração e singularização dos aspectos psicossociais dos pacientes costuma ser atribuída ao lado artístico e prático da clínica, sendo considerados necessários em geral. Essa busca pela singularidade e integração é enfatizada pela MFC. Por exemplo, ela desenvolveu o método clínico centrado na pessoa,⁵⁷ tal a importância dada para a melhoria da abordagem clínica, que também favorece a abordagem da P4. Nesse sentido, os MFCs bebem também de outras fontes para além da biomedicina, com referenciais da filosofia, antropologia, sociologia e psicologia, visando enriquecer os profissionais e produzir atitudes e alguns instrumentos para essa integração e singularização. Consequentemente, os MFCs tendem a uma postura de maior diálogo para com outros saberes e outras RMs.⁵⁸

O cenário da singularização da abordagem se altera quando se usam RMs vitalistas. Sua conformação de saber e técnica permite uma aproximação mais detalhada das vivências e contextos existenciais dos doentes, de modo a aproveitar efetivamente tais dados para composição de interpretações e de terapêuticas singularizadas. Os exemplos da homeopatia⁵⁸ e da medicina tradicional chinesa^{59,60} são conhecidos nesse sentido. Algumas PCs também podem ser úteis, proporcionando cuidado com PICS ao largo do uso de fármacos ou com ele associadas, conforme haja conhecimento pela equipe e boa aceitação pelos usuários. A disponibilidade de tais práticas pode facilitar abordagens singularizantes e intensificar diálogos sobre as terapêuticas, proporcionalmente à diversidade de opções de cuidado.⁵⁴

Amplificar e pluralizar o estímulo à autocura

A abordagem do potencial de autocura das pessoas não é bem desenvolvida na biomedicina, por não ser o seu foco. Embora reconhecido há muito tempo, o relacionamento com esse tema parece vir se estruturando a partir da consideração do efeito placebo, sobre tudo em pesquisas sobre eficácia de tratamentos, que visam detectar um efeito específico para além do placebo.⁶¹ Há, entretanto, outro uso comum, que ocorre na disputa social pelo monopólio de certas ações de cuidado ou na regulação e definição dos tratamentos aceitos:⁶² as melhoras percebidas por usuários e praticantes de várias PICS são atribuídas ao efeito placebo. Nos dois casos o efeito é reconhecido como poderoso,⁶³ mas ambos operam na direção subliminar de seu desprezo prático na clínica, pois a biomedicina operaria mais com o efeito específico dos fármacos e não o inespecífico (placebo).⁶²

Nos últimos anos, há um apelo para se levar em conta o poder do efeito placebo na clínica da biomedicina.⁶⁴ Tal efeito, de certa forma, é um tipo de autocura. A MFC o explora mais e há mais tempo, porém ainda parcialmente, na observação assistida por meio da boa comunicação e na inclusão da vivência do doente na relação clínica. McWhinney,⁶ um dos pais da especialidade, defende explorar o poder curativo inerente às pessoas, na sua proposição de pensamento organísmico.⁵⁸ O uso de PICS pode ativar esse manancial de autocura, provendo interpretações e tratamentos específicos, melhorando esse potencial geralmente subexplorado.^{19,58}

Uma característica reconhecida de várias PICS, sobretudo RMs vitalistas, é que elas parecem ser potentes em ação salutogênica, diferentemente da biomedicina, cuja ação é, geralmente, anti-patogênica. Davys-Floyd e St. John, em 2004,⁶⁵ sintetizaram essa diferença dizendo que enquanto as RMs vitalistas e outras PCs curam de dentro para fora, estimulando a autoregulação e a autocura (daí sua menor iatrogenia);

a biomedicina atua de fora para dentro, combatendo quimicamente doenças ou sintomas via inibição ou controle de mecanismos bioquímicos semiogênicos e fisiopatogênicos (daí a sua maior iatrogenia).

Várias RMs e PCs vitalistas atuam sobre o que seus saberes concebem ser uma vitalidade, força ou energia vital, que equilibra e vivifica os humanos. Desenvolveram formas de harmonização, estímulo, reequilíbrio e fortalecimento dessa vitalidade.⁶⁶ Se dermos algum crédito a elas, suas práticas (que tornam algumas vezes obsoletas distinções entre promoção, prevenção e cura) podem explorar o potencial de autocura, por meio de ações com mínimos danos, uma vez que especificamente salutogênicas. Nesse sentido, o uso de RMs vitalistas e PCs ativando a autocura pode ser de grande valia como prática da P4.

Fornecer novos entendimentos e vias de acesso à saúde-doença

A biomedicina gerou uma abordagem tendencialmente reducionista e objetivista do adoecimento, separando *'illness'* de *'disease'*.⁵⁵ O foco de ação na *'disease'* alimentou a alta tolerância ao dano iatrogênico, abundante devido ao uso disseminado de exames complementares e fármacos. Uma das estratégias de P4 pode ser a superação ou desvio dessa separação. As RMs vitalistas não fizeram tal separação e assim podem contribuir significativamente. Elas facilitam abordagens integradas de várias dimensões dos adoecimentos, ao agir sobre a vitalidade⁶⁶ e reequilibrar ou remover fatores nocivos internos, comportamentais e externos, de modo menos iatrogênico; o que foi reconhecido na designação de *medicinas doces*, *softs* ou *suaves*.⁶⁷

Norman e Tesser, em 2019,⁵⁸ mostraram convergências entre a concepção de ser humano de McWhiney,¹⁷ proposta para a MFC, e outras RMs vitalistas, usando a homeopatia como exemplo. Salientaram que essas RMs podem contribuir para uma abordagem que evite reducionismos biomédicos, avançando em compreensões e ações mais complexas e integrais.

As RMs produzem interpretações (diagnósticos) dos problemas de saúde que têm limites e potências, relativas aos seus paradigmas.⁶⁸ Devido à pouca exploração dos saberes das RMs vitalistas de forma associada às respectivas ações de cuidado, tais limites e potências ainda carecem de melhor delineamento. Quando investigadas cientificamente, geralmente se obedece uma lógica de adaptação de suas técnicas, insumos e produtos para uso terapêutico dentro da biomedicina. Ou seja, são vistas mais como recursos de intervenção terapêutica biomédica do que investigadas em suas potencialidades como RMs.

Boa parte dos sintomas trazidos à APS são inexplicáveis medicamente⁶⁹ e os profissionais usam observação assistida ou fármacos (sintomáticos). Mesmo em quadros clínicos enquadráveis nos construtos das doenças, outras interpretações pelas RMs podem propiciar cuidado percebido como satisfatório e efetivo, em paralelo aos diagnósticos e tratamentos biomédicos. Desse ponto de vista, o uso de outras RMs permite interpretar (fazer outros diagnósticos) e propor tratamentos coerentes com relativo pouco dano, de modo complementar ou não à biomedicina.

A abordagem integral e holística pretendida pelos MFCs e pela APS aproxima-se do holismo reconhecido em várias PICS e RMs vitalistas.³ Tais RMs podem contribuir para a educação dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos, no sentido de melhorar o teor de humanismo e da integralidade da abordagem. Se a P4 exige crítica para com a biomedicina e valorização da proteção dos pacientes, melhorias na formação voltadas a uma maior integralidade são ao menos convergentes com a P4. No Brasil, há estudos e discussões nesse sentido focando a homeopatia,^{58,70,71} a medicina antroposófica⁷² e

a medicina chinesa (quanto ao centramento do cuidado no paciente);^{59,60} todos sugerindo contribuições positivas nesse sentido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura e a prática clínica convergem ao indicar que PICS podem contribuir de várias formas na prática da P4. Esta última foi inicialmente concebida a partir dos pacientes que se sentiam doentes, mas não apresentavam doença clinicamente detectável. Entretanto, as ações de P4 englobam os outros três níveis clássicos da prevenção - primária (P1), secundária (P2) e terciária (P3),⁷³ bem como os cuidados aos adoecidos.

P1 e P2 são aplicadas em indivíduos sem sintomas e envolvem ações preventivas antes tipicamente mais de saúde pública, em abordagem populacional; agora cada vez mais individualizadas e em abordagens de alto risco.⁴⁰ A P4 nesses dois níveis de prevenção envolve preferir o uso de medidas preventivas redutivas do risco (sem intervenções artificiais) e reduzir o uso de intervenções artificiais, que deve ser altamente criterioso, já que potencialmente iatrogênicas e medicalizantes, tais como: rastreamentos, vacinas, fármacos (hipolipemiantes, hipotensores), suplementos alimentares, etc.⁷⁴ Nesses contextos, várias PICS e RMs vitalistas têm contribuição potencial ao enriquecer o autocuidado, especialmente o autocuidado autorreferido, pluralizando-o em direção promotora de saúde e de autonomia.

Por outro lado, P3 e P4 (esta última referida ao contexto de situações de mal-estar e sintomas sem doença) se mesclam com cuidados clínicos na assistência aos adoecidos.⁷³ Esse conjunto constitui o grosso da atividade dos MFCs e nele a P4 pode ser facilitada via uso de PICS em diversos sentidos: facilitar o autoconhecimento e o senso crítico; reduzir a medicalização (se assim direcionadas) e a iatrogenia; pluralizar a terapêutica; transformar a observação assistida em terapêutica; otimizar a singularização da abordagem; amplificar/diversificar os estímulos à autocura; propiciar novos entendimentos e vias de acesso à saúde-doença.

Todavia, para a realização desses potenciais na APS, outros fatores devem ser levados em consideração, como a questão da eficácia de várias PICS, seu relativo desconhecimento por parte da maioria dos MFCs e demais profissionais da APS, a carência de padrões de formação e ou capacitação e ausência de regulamentação para a prática de muitas PICS no Brasil, a sobrecarga dos profissionais na APS e os muitos desafios e dificuldades existentes no país para melhorar a qualidade da assistência convencional. Tais fatores dificultadores devem ser cotejados com outros aspectos contextuais da APS que são facilitadores, tema que trataremos em outro momento.

REFERÊNCIAS

1. Bentzen N. Wonca International Classification Committee. Wonca international dictionary for general/family practice [Internet]. Copenhagen: WONCA; 2003; [acesso em 2020 Out 06]. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf>
2. World Health Organization (WHO). WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: WHO; 2013.
3. Shirwaikar A, Govindarajan R, Rawat AKS. Integrating complementary and alternative medicine with primary health care. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:948308. DOI: <https://doi.org/10.1155/2013/948308>
4. Adams J, Hollenberg D, Lui C, Broom A. Contextualizing integration: a critical social science approach to integrative health care. J Manipulative Physiol Ther. 2009 Nov/Dez;32(9):792-8.

5. Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2018 Ago; [citado ANO Mês dia]; 8(2):216-32. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/528>
6. McWhinney IR. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
7. Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ*. 2012 Dez;13(6):769-76.
8. Krug K, Kraus KI, Herrmann K, Joos S. Complementary and alternative medicine (CAM) as part of primary health care in Germany-comparison of patients consulting general practitioners and CAM practitioners: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med*. 2016 Out;16(1):409. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1402-8>
9. Sharp D, Lorenc A, Feder G, Little P, Hollinghurst S, Mercer S, MacPherson H. 'Trying to put a square peg into a round hole': a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. *BMC Complement Altern Med*. 2018 Out;18(1):290. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2349-8>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Atitude de ampliação de acesso. Série B. Textos básicos de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpc.pdf>
11. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde Debate*. 2018 Set;42(spe1):174-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s112>
12. Schneiderman LJ. The (alternative) medicalization of life. *J Law Med Ethics*. 2003 Jun;31(2):191-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2003.tb00080.x>
13. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Prim Care* [Internet]. 2010; [citado ANO Mês dia]; 10(18):350-4. Disponível em; http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_engl.pdf
14. Gadamer H. Verdade e método I. 10ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
15. Luz MT, Barros NF. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ABRASCO; 2012.
16. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002-2012. *Natl Health Stat Report*. 2015;79:1-16.
17. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract*. 1996 Jul;46(408):433-6.
18. McWhinney IR. Family medicine as a science. *J Fam Pract*. 1978 Jul;7(1):53-8.
19. Tesser CD. Cuidado clínico e sobre medicalização na atenção primária à saúde. *Trab Educ Saúde*. 2019;17(2):e0020537. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00205>
20. Anjum RL, Copeland S, Rocca E. Rethinking causality, complexity and evidence for the unique patient: a CauseHealth Resource for healthcare professionals and the clinical encounter. Cham: Springer Nature; 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5>
21. Feyerabend PK. Adeus à razão. Lisboa: Edições 70; 1991.
22. Jaco BR, Norman AH. A filosofia da Medicina de Família e Comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020 Abr;15(42):1991. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)1991](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)1991)
23. Conrad P. The medicalization of society. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
24. Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. New York: Pantheon; 1976.
25. Illich I. Medicalization and primary care. *J R Coll Gen Pract*. 1982 Ago;32(241):463-70.
26. Correia T. Revisiting medicalization: a critique of the assumptions of what counts as medical knowledge. *Front Sociol*. 2017 Set;2:14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2017.00014>
27. Ning AM. How holistic is complementary and alternative medicine (CAM)? Examining self-responsibilization in cam and biomedicine in a neoliberal age. *Med Res Arch* [Internet]. 2018 Mai; [citado ANO Mês dia]; 6(5):1-11. Disponível em: <https://journals.ke-i.org/index.php/mra/article/view/1750>
28. Camargo Junior KR. As armadilhas da "concepção positiva de saúde. *Physis*. 2007 Abr;17(1):63-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100005>

29. Ning AM. How 'Alternative' is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine. *Health*. 2013 Mar;17(2):135-58. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459312447252>
30. Scott AL. Paradoxes of holism: some problems in developing an anti-oppressive medical practice. *Health*. 1999 Abr;3(2):131-49. DOI: <https://doi.org/10.1177/136345939900300201>
31. Sered S, Agigian A. Holistic sickening: breast cancer and the discursive worlds of complementary and alternative practitioners. *Sociol Health Illn*. 2008 Fev;30(4):616-31. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01076.x>
32. Lowenberg JS, Davis F. Beyond medicalisation-demedicalisation: the case of holistic health. *Sociol Health Illn*. 1994 Nov;16(5):579-99. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11348024>
33. Riccò I. Searching for a 'new magical world': the contradictions of CAM and new age therapies in the West. *Anthropol Med*. 2020 Jan;27(1):96-109. DOI: <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1544605>
34. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*. 1998 Mai;279(19):1548-53. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.279.19.1548>
35. Tesser CD, Dallegre D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(9):e00231519. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00231519>
36. Fries CJ. Governing the health of the hybrid self: Integrative medicine, neoliberalism, and the shifting biopolitics of subjectivity. *Health Sociol Rev*. 2008;17(4):353-67. DOI: <https://doi.org/10.5172/hesr.451.17.4.353>
37. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2006 Dez;10(20):347-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>
38. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(1):185-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
39. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet*. 2007 Fev;369(9562):700-2. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5)
40. Foucault M. **Microfísica do poder**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
41. Rose G. Estratégias da medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 2010.
42. Sá RF, Nogueira J, Guerra VA. Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil. **Health Promot Int**. 2019 Mar;34(Supl 1):i74-i81. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/day087>
43. Antunes PC. Práticas corporais integrativas: experiências de contracultura na atenção básica e emergência de um conceito para o campo da saúde [tese] [Internet]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/203795>
44. Galvanese ATC, Barros NF, d'Oliveira AFPL. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(12):e00122016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00122016>
45. Kloetzel K. Medicina ambulatorial: princípios básicos. São Paulo: EPU; 1999.
46. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008 Out;42(5):914-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>
47. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Complementary and alternative medicine use in cancer: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2019 Mai;35:33-47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.004>
48. Furnham A, Vincent C. Reasons for using CAM. In: Kelner M, Wellman B, Pescosolido B, Saks M, eds. *Complementary and alternative medicine: challenge and change*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. p. 61-78.
49. Dantas F. O medicamento homeopático provoca efeitos adversos ou agravações medicamentos-dependentes?. *Rev Homeopatia (São Paulo) [Internet]*. 2017; [citado ANO Mês dia]; 80(1-2):174-82. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/hom-12053>
50. Stub T, Musial F, Kristoffersen AA, Alræk T, Liu J. Adverse effects of homeopathy, what do we know? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med*. 2016 Jun;26:146-63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.013>
51. Mathie RT, Roberts ER, Rutten ALB. Adverse effects of homeopathy: we clearly need more details. *Complement Ther Med*. 2016 Dez;29:235. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.05.011>
52. Chan MW, Wu XY, Wu JC, Wong SYS, Chung VCH. Safety of acupuncture: overview of systematic reviews. *Sci Rep*. 2017 Jun;7:3369. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03272-0>

53. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface (Botucatu)*. 2013 Set;17(46):615-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000014>
54. Faqueti A, Tesser CD. Utilização de medicinas alternativas e complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 Ago;23(8):2621-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.22012016>
55. McWhinney IR. Why we need a new clinical method. *Scand J Prim Health Care*. 1993;11(1):3-7. DOI: <https://doi.org/10.3109/02813439308994894>
56. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 Fev;13(1):195-206. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>
57. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
58. Norman AH, Tesser CD. Seguindo os passos de McWhinney: da medicina de família à medicina tradicional e complementar. *Interface (Botucatu)*. 2019 Set;23:e190036. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190036>
59. Santos ACD, Correia IB, Silva RC. O Tao na Medicina de Família e Comunidade: relações entre acupuntura e o método clínico centrado na pessoa. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019 Mai;14(41):1624. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1624](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1624)
60. Coutinho BD, Dulcetti PGS. O movimento Yin e Yang na cosmologia da medicina chinesa. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2015 Set;22(3):797-811. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000300008>
61. Resch KL, Ernst E. Metodologias de pesquisa em medicina complementar: como garantir que funcionam. In: Ernst E, ed. *Medicina complementar: uma avaliação objetiva*. São Paulo: Manole; 2001. p. 17-28.
62. Saretta ME. Feitos e efeitos do placebo: corpo, dor e realidade a partir da Antropologia social [tese] [Internet]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/199511>
63. Colloca L, Barsky AJ. Placebo and nocebo effects. *N Engl J Med*. 2020 Fev;382(6):554-61. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1907805>
64. Bystad M, Bystad C, Wynn R. How can placebo effects best be applied in clinical practice? A narrative review. *Psychol Res Behav Manag*. 2015 Jan;8:41-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S75670>
65. Davis-Floyd R, St. John G. *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida; 2004.
66. Coulter I, Snider P, Neil A. Vitalism – a worldview revisited: a critique of vitalism and its implications for integrative medicine. *Integrative Med [Internet]*. 2019 Jun; [citado ANO Mês dia]; 18(3):60-73. Disponível em: <https://fnminstitute.org/wp-content/uploads/2019/08/Coulter-Vitalism-FNMI-IMCJ.pdf>
67. Laplantine F, Rabeyron PL. *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense; 1989.
68. Tesser CD. Produção de saber, racionalidades médicas e cuidado: ideias iniciais. In: Nascimento MC, Nogueira MI, orgs. *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 80-105.
69. Joint Commissioning Panel for Mental Health (JCP-MH). *Guidance for commissioners of services for people with medically unexplained symptoms [Internet]*. London: JCP-MH; 2017; [acesso em 2020 Mai 19]. Disponível em: <https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-mus-guide.pdf>
70. Teixeira MZ. Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2009 Set;33(3):454-63. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300016>
71. Salles SAC, Ayres JRCM. A consulta homeopática: examinando seu efeito em pacientes da atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2013 Jun;17(45):315-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000010>
72. Wenceslau LD, Röhr F, Tesser CD. Contribuições da medicina antroposófica à integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(48):127-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0745>
73. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *Br J Gen Pract*. 2019;69(678):28-9. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700517>
74. Tesser CD, Norman AH. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. *Interface (Botucatu)*. 2019 Ago;23:e180435. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.180435>