



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro”

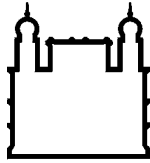
por

Fernanda Pereira de Paula Freitas

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Alda Maria Lacerda da Costa
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Valéria Ferreira Romano*

Rio de Janeiro, abril de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Fernanda Pereira de Paula Freitas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marilene Cabral do Nascimento

Prof. Dr. Durval Dionisio Souza Mota

Prof.^a Dr.^a Alda Maria Lacerda da Costa – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F867a Freitas, Fernanda Pereira de Paula
Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor
crônica na atenção primária à saúde do município do Rio de
Janeiro. / Fernanda Pereira de Paula Freitas. -- 2015.
128 f. : graf. ; mapas

Orientador: Alda Lacerda
Valéria Ferreira Romano

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Dor Crônica. 2. Acupuntura. 3. Terapia por Acupuntura.
4. Medicina Tradicional Chinesa. 5. Atenção Primária à Saúde.
6. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD – 22.ed. – 615.892098153

Ao Flávio, com amor!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos meus guias espirituais por me conduzirem pelo caminho do amor e do conhecimento, em busca de sabedoria.

Ao Flávio, que me ajudou a superar o sofrimento gerado pela dor crônica e a transformá-lo em ferramentas que me ajudaram a seguir com o estudo da Clínica de Dor, da Acupuntura e com o cuidado aos pacientes com dor crônica, e por me ajudar do processo de construção inicial da dissertação.

Às minhas orientadoras, Alda e Valéria, que me guiando pelos caminhos certos, deixaram-me também livre para exercitar autonomia e confiança. E ao Durval, que me orientou no início e no final, com grande disponibilidade e abertura.

À Marilene que compôs as bancas de qualificação e de defesa.

À Elyne, que foi incisiva no momento certo e acolhedora nas horas difíceis, e a todos os professores do mestrado que colaboraram com a minha formação.

Ao Taruno, pelo auxílio na coleta de dados.

À Patrícia Suassuna, que me orientou no tema da dor crônica.

Aos médicos entrevistados: sem eles não haveria riqueza no debate.

Aos meus pais, Fernando e Sandra, por me darem suporte físico e emocional nas horas que mais precisei.

Aos meus amigos, Marcelo, Rodrigo, Leile, Gláucia, Olívia, Paula, Rachel, Juliana, por toda a força, carinho e incentivo.

Aos meus familiares, obrigada por esse amor.

A você, Felipe Addor, por todo o apoio.

O Pulso

Titãs

O pulso ainda pulsa

O pulso ainda pulsa...

Peste bubônica

Câncer, pneumonia

Raiva, rubéola

Tuberculose e anemia

Rancor, cisticercose

Caxumba, difteria

Encefalite, faringite

Gripe e leucemia...

E o pulso ainda pulsa

E o pulso ainda pulsa

Hepatite, escarlatina

Estupidez, paralisia

Toxoplasmose, sarampo

Esquizofrenia

Úlcera, trombose

Coqueluche, hipocondria

Sífilis, ciúmes

Asma, cleptomania...

E o corpo ainda é pouco

E o corpo ainda é pouco

Assim...

Reumatismo, raquitismo

Cistite, disritmia

Hérnia, pediculose

Tétano, hipocrisia

Brucelose, febre tifóide

Arteriosclerose, miopia

Catapora, culpa, cárie

Cãibra, lepra, afasia...

O pulso ainda pulsa

E o corpo ainda é pouco

Ainda pulsa

Ainda é pouco

Pulso

Pulso

Pulso

Pulso

Assim...

RESUMO

O presente estudo discute a Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. O objetivo geral é analisar a inserção da Acupuntura na Estratégia de Saúde da Família, com ênfase no cuidado aos usuários com dor crônica. Os objetivos específicos são: 1) mapear a oferta das práticas de Acupuntura na Atenção Primária à Saúde; 2) identificar a percepção de médicos de família da rede de Atenção Primária em Saúde sobre a oferta e as contribuições da Acupuntura na Estratégia de Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com ênfase em usuários com dor crônica; e 3) discutir os limites e potencialidades da Acupuntura no cuidado aos usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada em duas etapas: mapeamento dos serviços de Acupuntura do município do Rio de Janeiro; e entrevistas semiestruturadas com médicos de família e comunidade deste município com formação em Acupuntura e/ou que atuassem com alguma prática da Acupuntura na Atenção Primária à Saúde. Por último, foi feita a análise das entrevistas em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os resultados revelaram que: a oferta de práticas de Acupuntura na Atenção Primária do município é muito inferior à demanda por atendimento de usuários com dor crônica; a percepção dos médicos de família entrevistados é de que a Acupuntura é uma ferramenta possível para auxiliar o médico de família no cuidado aos usuários com dor crônica; e que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família é uma possibilidade de atuação do acupunturista, principalmente oferecendo apoio matricial e capacitando médicos de família para algumas técnicas e protocolos. Os limites encontrados pelos entrevistados para a prática da Acupuntura na Atenção Primária à Saúde foram: dificuldade no diálogo entre racionalidades distintas; falta de espaço físico e insumos; sobrecarga de trabalho e de funções e dificuldade de agendamento de retorno; e falta de rede de encaminhamento secundária. As potencialidades encontradas foram: eficácia da Acupuntura no tratamento da dor crônica; visão integral da Acupuntura no cuidado a uma condição crônica e de alta prevalência, responsabilidade da Atenção Primária à Saúde; baixo custo, fácil acesso aos insumos; possibilidade de atuação com Acupuntura no próprio consultório médico das Unidades Básicas de Saúde; elevada capacidade da Acupuntura de proporcionar empoderamento dos usuários; tratamento precoce da dor com Acupuntura, atuando na prevenção em todos os níveis; possibilidade de diminuir as filas de espera para atendimentos na rede secundária.

Palavras-chave: Dor Crônica, Acupuntura, Medicina Chinesa, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study discusses acupuncture in the context of the Primary Health Care services for users with chronic pain in the city of Rio de Janeiro. The overall objective is to analyze the supply and the contributions of Acupuncture for the care provided to users with chronic pain in Primary Health Care services. Specific objectives of this research are: 1) to map the provision of Acupuncture practices in Primary Health Care; 2) identify the perception that active family doctors in the Primary Health network have about the supply and the contributions of Acupuncture for the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy) and the Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (Support Center for Family Health), placing emphasis on the users with chronic pain; and 3) discuss the limits and the potential of Acupuncture in the services provided to users with chronic pain in Primary Health Care. This qualitative research was performed in two steps: mapping of Acupuncture services in the city of Rio de Janeiro, and semi-structured interviews with family physicians with a degree in Acupuncture and/or practical experience in Acupuncture in Primary Health Care. Finally, the analysis of the interviews was performed in three steps: pre-analysis; exploration of the material and processing of results; and inference and interpretation. The results showed that: the supply of Acupuncture practices in Primary Health Care in the city of Rio de Janeiro is much lower than the demand for services by users with chronic pain; the perception of the respondent family doctors is that Acupuncture is a possible tool to assist family physicians in services for users with chronic pain; and the NASF is a possible place for acupuncturists to work, mainly offering matricial support and professional training for family physicians focusing on some techniques and protocols. The limits encountered by the respondents in the practice of Acupuncture in Primary Health Care were difficulty in the dialogue between different rationalities; lack of physical space and supplies; work overload and responsibilities and difficulty in scheduling follow-up appointments; and lack of a network of secondary care. The potential for Acupuncture identified in this research is based on: effectiveness of Acupuncture in the treatment of chronic pain; integral view of Acupuncture in the care of chronic conditions with high prevalence; the Primary Health Care responsibility; low cost, easy access to inputs; possibility of offering Acupuncture care in doctor's offices of Unidades Básicas de Saúde – UBS (Basic Healthcare Units); Acupuncture has the effective ability to empower users; early treatment of pain with Acupuncture, working in prevention at all levels; possibility to reduce waiting lists in the secondary care network.

Keywords: Chronic Pain, Acupuncture, Traditional Chinese Medicine, Primary Health Care.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
OBJETIVOS.....	20
OBJETIVO GERAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
CAPÍTULO 1 – RACIONALIDADES MÉDICAS: BIOMEDICINA E MEDICINA CHINESA.....	21
1.1 A MEDICINA CHINESA COMO UMA RACIONALIDADE MÉDICA.....	21
1.2 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E ACUPUNTURA MÉDICA CONTEMPORÂNEA.....	28
1.3 HISTÓRICO DA ACUPUNTURA E SUA INSERÇÃO NO BRASIL.....	29
1.4 A INSERÇÃO DA ACUPUNTURA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	33
1.5 A ACUPUNTURA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	35
CAPÍTULO 2 – ACUPUNTURA NA GESTÃO DO CUIDADO DOS USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA.....	41
2.1 DEFINIÇÃO E CONTROLE DA DOR.....	41
2.2 DOR CRÔNICA: EXPERIÊNCIA MULTIDIMENSIONAL.....	47
2.3 DOR CRÔNICA E SEUS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	52
CAPÍTULO 3 – ABORDAGEM METODOLÓGICA	55
3.1. REVISÃO DA LITERATURA.....	55
3.2 O CAMPO E OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	57
3.3 ENTREVISTAS.....	61
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	63
3.5 O PERFIL DOS ENTREVISTADOS	64
3.6 PLANO DE ANÁLISE.....	65
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	66
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO – A PRÁTICA DA ACUPUNTURA NO CUIDADO INTEGRAL AOS USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	68
4.1 ACUPUNTURA NO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA.....	68
4.2 GESTÃO DA PRÁTICA DA ACUPUNTURA.....	77
4.3 OFERTA E CONTRIBUIÇÕES DA ACUPUNTURA NA APS: RELAÇÃO ENTRE OFERTA E DEMANDA	95
4.4 NOVOS DESAFIOS: ACUPUNTURA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	99
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICES.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Acupuntura
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AMBA	Associação Médica Brasileira de Acupuntura
AMC	Acupuntura Médica Contemporânea
AMPA	Associação Médica Paulista de Acupuntura
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAP	Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento
CF	Clínica da Família
CFM	Conselho Federal de Medicina
Ciplan	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
EA	Eletroacupuntura
eAB	Equipe de Atenção Básica
eCR	Equipe Consultório na Rua
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IARJ	Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro
IASP	International Association for the Study of Pain
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NAPI	Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde

OSS	Organizações Sociais de Saúde
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PAM	Posto de Assistência Médica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PROPIC	Programa de Práticas Integrativas e Complementares
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBED	Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SMSDC/RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Histórico da Acupuntura e sua inserção no Brasil.....	p. 32
Quadro 2 – Modalidades NASF	p. 37
Quadro 3 – Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro	p. 58
Quadro 4 – Distribuição dos serviços de Acupuntura nas unidades municipais do RJ em outubro de 2014	p. 60
Quadro 5 – Distribuição dos serviços de Acupuntura nas unidades municipais do RJ em fevereiro de 2015	p. 61
Quadro 6 – Distribuição dos médicos de família acupunturistas na APS	p. 62
Quadro 7: Formação Profissional dos entrevistados.....	p. 65
Quadro 8: Cargo dos entrevistados.....	p. 66
Quadro 9: Frequência de aparição das palavras por entrevistado	p. 70
Quadro 10: Procedimentos em Acupuntura.....	p. 79
Figura 1 – Cobertura da Estratégia de Saúde da Família.....	p. 40
Figura 2 – Distribuição das Áreas de Planejamento no município do Rio de Janeiro.....	p. 59
Figura 3 – Faixa etária dos entrevistados.....	p.65
Figura 4 – Sexo dos entrevistados.....	p. 64

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa visa discutir a Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro. O objetivo geral da pesquisa foi analisar a inserção da Acupuntura na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ênfase no cuidado aos usuários com dor crônica, no município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos foram: 1) mapear a oferta das práticas de Acupuntura na APS do município do Rio de Janeiro; 2) identificar a percepção de médicos de família da rede de Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro sobre a oferta e as contribuições da Acupuntura na ESF e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com ênfase em usuários com dor crônica e 3) discutir os limites e potencialidades da Acupuntura no cuidado aos usuários com dor crônica na APS.

A maior motivação para o estudo partiu do meu trabalho como médica de família em diversas unidades de Saúde da Família onde trabalhei, nos municípios de Angra dos Reis e Rio de Janeiro, desde 2009. Com titulação em Medicina de Família e Comunidade e com especialização em Acupuntura pelo Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro (IARJ), tive a oportunidade de ter em mãos ferramentas oriundas dos modelos biomédico e da medicina chinesa para o trabalho cotidiano, porém percebendo que, na minha prática, era muito difícil abordar ambos ao mesmo tempo. Percebi também que havia uma grande demanda de usuários que sofriam com dores crônicas e que encontravam poucos recursos para seus tratamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo considerando a existência de equipes multiprofissionais. Esses usuários frequentemente retornavam às consultas ainda insatisfeitos e com novas queixas, despertando, assim, minha busca sobre o tema da Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na Atenção Primária do município do Rio de Janeiro. Por isso, me aprofundei no estudo na área da Clínica de Dor e hoje trabalho também em um centro multidisciplinar de dor como médica acupunturista, onde tive a oportunidade de ganhar mais conhecimento na área e no trabalho interdisciplinar.

Tenho observado na minha história de prática como médica de família, preceptora de alunos de diferentes universidades do Rio de Janeiro e atual professora do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que, no município do Rio de Janeiro, a introdução das práticas integrativas no currículo acadêmico e na vivência dos profissionais da APS ainda é incipiente e que os formandos da área médica apresentam uma visão superficial e, por vezes, preconceituosa sobre as práticas integrativas e complementares. Além disso, existe atualmente, na rede básica de saúde, tanto médicos de

família que desconhecem tais práticas e que têm dificuldades no encaminhamento de usuários para serviços de Acupuntura quanto médicos de família formados em Acupuntura e que praticam a Medicina Chinesa e/ou a Acupuntura Médica Contemporânea (AMC) de forma experimental e isolada, sem a participação de nenhum fórum de discussão e aprimoramento dessas práticas na APS. Olhar para essa realidade é compreender que o cuidado amplo como um direito social sustenta o argumento da liberdade de escolhas terapêuticas para os sujeitos, reforçando, assim, a relevância desta pesquisa.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi criada em 2006 para promover a integralidade no cuidado dos sujeitos, atendendo à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências de novas racionalidades médicas que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, como a Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, a Homeopatia, a Fitoterapia, a Medicina Antroposófica e o Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006a). Essas experiências foram inicialmente documentadas em um diagnóstico feito pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde em 2004, que demonstrou a estruturação de algumas das práticas integrativas e complementares, entre elas a Medicina Tradicional Chinesa, em 232 municípios, em um total de 26 estados, nesse mesmo ano (BRASIL, 2006a).

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) caracteriza-se por um sistema médico integral que se utiliza do simbolismo das leis da natureza e aponta como fundamento a teoria do *Yin-Yang*, duas forças ou princípios fundamentais opostos e complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade, por exemplo: frio-calor, noite-dia, feminino-masculino, *Yin-Yang* etc. (BRASIL, 2006a). A Acupuntura é uma das práticas provenientes da Medicina Chinesa e caracteriza-se por uma tecnologia de intervenção em saúde que compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo de pontos anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças (BRASIL, 2006a). Apesar de sua semelhança e sua origem na MTC, a AMC difere desta por se basear em uma visão mais científica, segundo o modelo biomédico, para a prática do chamado agulhamento seco¹, e tem como foco a aplicação das agulhas em pontos-gatilho², denominados assim por serem “deflagradores” do processo doloroso referido pelo usuário. Atualmente, os médicos

¹ Inserção de agulhas de Acupuntura em pontos específicos do corpo.

² Nódulo palpável, hiperirritável, dentro de uma faixa tensa de musculoesquelético, localizada no tecido muscular ou sua fásia associada (TRAVEL E SIMONS, 1983, apud WHITE E COLS, 2013).

acupunturistas estão cada vez mais se aproximando desse modelo de Acupuntura Contemporânea tanto na clínica como na pesquisa, o que auxilia na busca de evidências científicas e na elaboração de protocolos aplicáveis no SUS.

A inserção da Acupuntura no SUS pode se dar no âmbito de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS)³, considerando-se os diferentes arranjos organizativos (BRASIL, 2012a). Na Atenção Primária, pode ser praticada em unidades básicas, pela ESF, por meio dos médicos de família ou pelo NASF (BRASIL, 2006a).

O NASF, criado pela Portaria GM n.º 154, de 24 de janeiro de 2008, constitui-se de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre os quais o homeopata e o acupunturista, que atuam em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF e atuando diretamente no apoio matricial⁴ às equipes (BRASIL, 2008). A inclusão do acupunturista como parte da equipe multiprofissional também está presente no Caderno de Atenção Básica (CAB) número 39 (BRASIL, 2014, p.33): ao sinalizar que a “realização de consulta em Homeopatia ou Acupuntura a usuários referenciados pelas equipes de Atenção Básica, principalmente: pessoas com dores crônicas e/ou com diagnóstico de depressão leve ou moderada”, são exemplos de ações possíveis de serem realizadas pelo NASF. Desde a primeira edição do CAB, o número 27, que orienta as diretrizes do NASF nas ações em Saúde da Família (BRASIL, 2009a), diz-se que a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares, das quais a Acupuntura é uma delas, está de acordo com os princípios do SUS da universalidade, equidade e integralidade.

A universalidade é um princípio que diz que o SUS “deve atender todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo”(BRASIL, 2009b, p.9). Portanto, quando se diz toda a atenção necessária, podemos incluir as necessidades de outras práticas que complementam o cuidado aos usuários do SUS, como as práticas integrativas e complementares. Por equidade, entendemos que “o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam”(BRASIL, 2009b, p.10); e as práticas integrativas são possíveis recursos em determinadas situações.

³ As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações de ações e serviços de saúde que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, e podem ser compostas de diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2010a).

⁴ Apoio matricial é um modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada (CAMPOS, 1999).

A integralidade é um termo polissêmico e está relacionado a diversos determinantes voltados para a saúde dos sujeitos, que devem ser levados em consideração no atendimento às suas demandas. Portanto, para que seja respeitado o princípio da integralidade, deve se ter em mente uma visão ampliada do ser humano em toda sua complexidade, de forma a considerar tais determinantes, porém sem perder o foco no objetivo principal, que é o motivo pelo qual o usuário busca o atendimento em saúde (CAMARGO JR., 2007).

Na discussão conceitual do termo integralidade, este não deve ser tomado como um conceito, mas como um “ideal regulador, um devir. Algo como o ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar” (CAMARGO JR., 2007. p. 42). Segundo Tesser e Luz (2008):

Integralidade seria um atributo, usado no contexto da atenção à saúde especializada (mas não só), qualificador de uma ação interpretativa e terapêutica, preventiva ou “curativa” o mais ampla e global possível e, ao mesmo tempo, precisa, que integra muitas dimensões dos adoecimentos e da vida dos doentes, tanto do ponto de vista dos pacientes como do saber especializado que orienta o curador. (p.197).

Assim, a integralidade é um atributo presente nas racionalidades médicas que partem de uma cosmovisão, em que a abordagem dos problemas de saúde é feita a partir da análise da relação do homem com a natureza e com sua individualidade, em uma dimensão biopsicossocioespiritual (TESSER e LUZ, 2008). Entende-se por racionalidades médicas sistemas médicos altamente complexos que têm como condições necessárias para sua definição a presença de seis dimensões fundamentais —morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose, sistema de intervenção terapêutica e cosmologia (LUZ, 2012). A morfologia pode ser definida como “anatomia”; a dinâmica vital como “fisiologia”; a doutrina médica seria definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar etc.; o sistema de diagnose e intervenção terapêutica seriam as dimensões do raciocínio diagnóstico e terapêutico e a cosmologia seria a “visão de mundo” (LUZ, 2012).

Dentre as racionalidades médicas, destacam-se as medicinas homeopática, chinesa e ayurvédica, que têm traços teóricos vitalistas, caracterizando-se por uma abordagem dos problemas de saúde em perspectiva integradora, centrada na unidade individual do doente e suas relações com seu meio (LUZ, 1996). A Medicina Chinesa contém, como prática principal, a Acupuntura, sendo hoje muito importante entre as práticas integrativas e complementares, inclusive considerada como especialidade médica (BRASIL, 2005). Tem sido muito utilizada no tratamento da dor crônica por apresentar fortes evidências de eficácia

e por haver estudos recentes demonstrando o seu mecanismo neurofuncional do controle da dor (CARNEIRO, 2007, SCHLEBUSCH et al, 2005, LANDSBERG, 2011).

Conceitualmente, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain – IASP) define a dor como: “experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tais lesões” (IASP, 2014). Ela é sempre subjetiva, e cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através de suas experiências traumáticas anteriores. Diante desse conceito e da complexidade dessa terminologia que envolve aspectos físicos (sensorial), psicológicos (emocional) e cognitivos (descrito em termos de tais lesões) como fatores complementares para sua expressão, o princípio da integralidade pode perfeitamente ser aplicado a esse tema, já que considera as múltiplas dimensões do adoecimento/sofrimento.

Além dessa definição, outras também podem ser citadas. A enfermeira Margo McCaffery é uma das autoras mais citadas em artigos de dor. De uma forma simples, ela afirmou que: “Dor é o que a pessoa diz ser e existe quando ela diz existir” (MCCAFFERY, 1968). Portanto, por mais estranha que possa ser a forma como a pessoa descreve o que está sentindo, o médico tem que aceitar e buscar entender, pois a forma como ela será descrita envolve múltiplos fatores e determinantes.

Referindo-se ao caráter temporal da dor, podemos classificá-la em: aguda e crônica. Não existe um consenso, alguns autores referem que é a partir de 1 mês, outros 3 meses, outros 6 meses e ainda há aqueles que relatam que a cronicidade acontece quando ela não cessa após o tempo esperado para a cura da lesão. Entretanto, esse dado cronológico é mais relevante para determinarmos os critérios de inclusão e exclusão de um trabalho científico, pois na prática clínica, a sintomatologia e o comportamento serão mais relevantes.

A dor crônica, presente em um terço da população mundial, principalmente em idosos e mulheres (SBED, 2013), é um tema muito atual, tendo em vista a transição demográfica e epidemiológica na qual vivencia o Brasil neste século. A transição demográfica é vista pelo envelhecimento da população, e a transição epidemiológica é expressa pela tripla carga de doenças — as doenças infecciosas e carenciais, as causas externas e as condições crônicas —, consequente aos avanços tecnológicos em saúde e à dificuldade de enfrentamento das condições crônicas (MENDES, 2012).

À medida que a idade avança, aumentam as doenças crônicas e também as dores crônicas (MENDES, 2012). Nesse contexto, a dor crônica se encaixa no perfil de “condição crônica”, ou seja, uma condição de saúde que se inicia e evolui lentamente devido a múltiplas causas que variam no tempo — hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais

e a fatores fisiológicos etc. —,geralmente sem padrões regulares ou previsíveis, em que se pode esperar uma recuperação adequada, podendo levar a mais sintomas e/ou à perda de capacidade funcional (MENDES, 2012). Segundo o autor (p.33), “cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica”. Nesse ciclo, a dor crônica acompanha o crescimento da população em termos de prevalência, piorando o perfil de morbimortalidade, principalmente dos idosos.

Um dos problemas atuais dos sistemas de saúde é justamente a coexistência de um predomínio de condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado historicamente para responder às condições agudas e/ou crônicas “agudizadas”, de forma fragmentada, episódica e reativa. Segundo Mendes (2012), esse sistema de saúde não deu certo nos países desenvolvidos e não está dando certo no SUS. Em usuários com dor crônica, observa-se um predomínio de ações voltadas para a agudização da dor, através da prescrição de analgésicos e relaxantes musculares, e à carência de ações voltadas para o tratamento da condição de dor crônica, assim como para a manutenção da analgesia ou melhoria dos sintomas algícos e prevenção de novos episódios de agudização. Dessa maneira, inúmeros usuários que convivem com a dor crônica circulam pelos sistemas de saúde em busca de cuidado e recebem tratamentos focados na medicalização da dor “agudizada” —o que tende a cronificar a dor —, raramente são vistos em equipe multiprofissional e quase nunca é considerada a dimensão do sofrimento desses usuários em sua totalidade. Segundo Mendes (2012):

Essa crise do sistema de saúde é fruto do descompasso entre a velocidade com que avançam os fatores contextuais (a transição demográfica, a transição epidemiológica e a inovação e incorporação tecnológica) e a lentidão com que se movem os fatores internos que representam a capacidade adaptativa do sistema de atenção à saúde a essas mudanças (cultura organizacional, arranjos organizativos, sistemas de pagamento e incentivos, estilos de liderança, organização dos recursos). (p.21).

Além disso, há um enorme problema quanto à dimensão subjetiva do adoecimento e o quanto que a dor crônica interfere na qualidade de vida dos sujeitos que buscam as unidades de saúde para alívio e acolhida, lotando essas unidades. Não raro, dificilmente são compreendidos e escutados como um ser humano integral, como um sujeito em sofrimento, mas sim como uma doença, uma patologia, a ser “descoberta” e “combatida”. Quando não se demonstram evidências orgânicas de lesões e não podem ser atribuídas à disfunção de

nenhum dos “sistemas” (respiratório, cardiovascular etc.), as doenças são colocadas então na categoria de “doença mental”.

As dimensões subjetivas tornaram-se persistentes anomalias para o paradigma biomédico, haja vista a inadequação dos (bio)médicos para lidar com as subjetividades. Desse modo, os sofredores de sintomas vagos e difusos – “manifestações somáticas sem uma lesão ou causalidade reconhecida”, configuram-se como um “problema” para a prática médica. (NOGUEIRA, 2013, p.131).

Poucas vezes esses usuários têm suas expectativas alcançadas, e os profissionais continuam a insistir no cuidado da dor crônica baseados na doença e na lesão, em busca de uma cura milagrosa ou do alívio da dor física, sem que seja alcançada a dimensão humana em sua totalidade.

A Acupuntura e a Medicina Chinesa atuam não somente no tratamento da dor crônica, como também na dimensão subjetiva e em diversas condições concomitantes, assim como na promoção da saúde, prevenção de doenças e na reabilitação, tratando da condição humana para além da patologia: do sofrimento dos indivíduos, em busca do equilíbrio corpo-mente-espírito. Elas podem contribuir auxiliando no processo de evitar a hipermedicalização e diminuindo os efeitos colaterais, além de atuar na dimensão do sofrimento físico, emocional e em outras formas de adoecimento coadjuvantes ao processo doloroso. A dor crônica é apenas uma das manifestações de desarmonias do corpo e da mente que podem ser tratadas pela Acupuntura, e é o foco deste trabalho apenas para que se tenha um ponto de partida para a reflexão sobre as necessidades e potencialidades/limitações do fomento desta prática na APS do município do Rio de Janeiro.

Atualmente, a Acupuntura tem sido largamente utilizada no tratamento de dor crônica no mundo todo e tem sua eficácia comprovada em diversos estudos (TEIXEIRA, 2007). O problema da dor crônica não está presente apenas na população idosa, sendo possível identificar uma prevalência muito alta. É responsável por um enorme quantitativo de licenças médicas por motivo de doença, com alto custo para o sistema de saúde e alta morbimortalidade, gerando um grande número de atendimentos em serviços públicos de saúde e se configurando como um importante problema de saúde pública (SBED, 2013).

Apesar da importância da Acupuntura no manejo da dor crônica, esses serviços no município do Rio de Janeiro ainda são escassos e contam com condições ainda insuficientes para atender à demanda de toda essa população, recebendo pouco enfoque na APS e no cuidado integral e interdisciplinar dos usuários em local onde seria a “porta de entrada” do

sistema de saúde. Ademais, poucos profissionais atuantes na Atenção Primária conhecem a prática da Acupuntura e seus efeitos e, portanto, não são capazes de distinguir quando encaminhar um usuário para o acupunturista ou o que pode ser discutido interdisciplinarmente, muito menos o quanto pode haver de ganho na interlocução das práticas.

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Nesse sentido, essa metodologia altera o papel das Centrais de Regulação, reservando-lhe uma função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. (CAMPOS, 2007, p.401).

A ESF, eixo fundamental da Atenção Primária, tem sido uma experiência bem-sucedida em alguns pontos, porém com limitações no âmbito do tratamento e reabilitação necessários ao cuidado das condições crônicas, que necessitam de suporte multiprofissional —incluindo a dor crônica —, e não apresenta até o momento uma proposta específica para a gestão do cuidado dos usuários que convivem com a dor crônica. Com a criação do NASF (BRASIL, 2008a), surge a possibilidade dos profissionais da ESF atuarem em conjunto com os seus profissionais especialistas, incluindo o médico acupunturista. Assim, as decisões e condutas podem ser diluídas e compartilhadas segundo uma visão menos centrada nas decisões do “médico prescritor” da equipe da ESF. A integração dos profissionais e a participação do acupunturista na equipe NASF podem contribuir para o cuidado integral dos usuários que sofrem de dor crônica, especialmente os idosos que, além da dor, sofrem de múltiplas condições crônicas associadas e muitas vezes enfrentam opções limitadas de tratamento com analgésicos devido ao aumento do risco de efeitos adversos e interações medicamentosas.

O termo Acupuntura foi utilizado para referenciar tanto as práticas de Acupuntura aplicadas segundo a visão da Medicina Chinesa quanto as técnicas de agulhamento seco no modelo de AMC, e o termo Medicina Chinesa ou MTC para todas as práticas realizadas pela Medicina Chinesa, como a aplicação de moxabustão, ventosaterapia, as práticas corporais (*Qi Gong, Tai Chi Chuan, PaTuanChing, Liang Gong* etc.), dietética chinesa, meditação e hábitos saudáveis orientados pela medicina tradicional chinesa como constituintes da MTC e que serão abordadas mais adiante.

No capítulo 1, discutimos a MTC como uma racionalidade médica distinta do modelo biomédico hegemônico e as diferenças dessa prática com a AMC. Fizemos um levantamento histórico da Acupuntura no Oriente e sua inserção no Ocidente, posteriormente, no Brasil e, finalmente, no município do Rio de Janeiro. Finalizamos o capítulo contextualizando a Acupuntura no NASF, discutindo a proposta do matriciamento dentro da lógica de duas racionalidades distintas.

No capítulo 2, abordamos a dor crônica como tema principal, sua definição e controle, o cuidado voltado para usuários com dor crônica e as dimensões do sofrimento associadas a ela —como uma experiência multidimensional. Finalizamos com a discussão acerca dos itinerários terapêuticos longos e penosos pelos quais os usuários com dor crônica costumam passar.

No capítulo 3, descrevemos a abordagem metodológica da pesquisa, as etapas de revisão da literatura, mapeamento da oferta da Acupuntura na rede de saúde do município do Rio de Janeiro e, finalmente, a etapa de coleta e análise de dados por meio de entrevistas realizadas com médicos de família da ESF com formação em Acupuntura.

No capítulo 4, descrevemos os resultados da pesquisa e fizemos uma análise dos resultados das entrevistas partindo das categorias de análise encontradas, fazendo uma correlação com a literatura. Os temas abordados nesse capítulo foram: 1) Acupuntura e cuidado aos usuários com dor crônica; 2) a gestão da prática da Acupuntura; 3) a oferta e as contribuições da Acupuntura na APS bem como a relação oferta e demanda de serviços de Acupuntura na APS; e 4) os desafios da inserção do Acupunturista no NASF.

No capítulo 5, finalizamos com as considerações finais e alguns posicionamentos e encaminhamentos de discussões a posteriori. Nesse capítulo, discutimos o papel do Acupunturista na rede de saúde, suas possíveis inserções e modelos de práticas, e o diálogo das racionalidades médicas no cotidiano do médico de família, suas influências no pensamento clínico e no *modus operandi* de cada médico.

OBJETIVOS

OBJETIVOGERAL

Analisar a inserção da Acupuntura na Estratégia de Saúde da Família, com ênfase no cuidado aos usuários com dor crônica, no município do Rio de Janeiro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Mapear a oferta das práticas de Acupuntura na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.
- 2) Identificar a percepção de médicos de família da rede de Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro sobre a oferta e as contribuições da Acupuntura na Estratégia de Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com ênfase em usuários com dor crônica.
- 3) Discutir os limites e potencialidades da Acupuntura no cuidado aos usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde.

CAPÍTULO 1

RACIONALIDADES MÉDICAS: BIOMEDICINA E MEDICINA CHINESA

1.1 A MEDICINA CHINESA COMO UMA RACIONALIDADE MÉDICA

A prática médica hegemônica no Ocidente é baseada principalmente em métodos experimentais quantitativos. A racionalidade médica cientificista nasceu no fim do século XVIII/início do século XIX e é fruto de uma evolução baseada no pensamento racional que culminou na chamada “medicina baseada em evidências” (LUZ, 2012). Esse pensamento racional cartesiano, fundamentado no conhecimento das doenças e das “lesões”, organizadas em “sistemas orgânicos”, pouco considera outras práticas ditas vitalistas ou as enxerga como “complementares”, “alternativas” (LUZ, 2012), como se houvesse a necessidade de optar por uma ou outra, não sendo possível uma aproximação de tais racionalidades.

Com o estudo e a propagação de novas racionalidades médicas, e a conquista de novos espaços dentro da lógica do cuidado, reflexões sobre essas visões e sobre essas práticas modificaram o termo para práticas integrativas ao considerar que, juntamente com a prática biomédica tradicional, integram múltiplas visões do cuidado. Tais racionalidades médicas, chamadas vitalistas, devem ser compreendidas como diferentes formas de pensar e agir o cuidado, utilizando-se de um raciocínio distinto do modelo dominante. Isso não quer dizer que elas excluam a prática biomédica tradicional, mas, ao contrário, devem agir em conjunto em um somatório de forças em busca do cuidado integral, como diz Luz a seguir:

As medicinas contemporânea e tradicional são alinhadas em uma interação em que ambas não podem sobreviver intactas. Sua cooperação, mesmo que ocasional, pode apenas acelerar a assimilação mútua. [...] O que se propõe aqui é que as medicinas de paradigma vitalista podem fornecer mais do que algumas técnicas; sua contribuição inclui também uma cosmovisão, abordagens e instrumentos capazes de auxiliar no exercício de repensar a relação que culturalmente temos estabelecido com a saúde e a medicina. (NASCIMENTO, 2012, p. 350).

Apesar dessa diversidade de práticas na nossa sociedade, ainda persiste o monopólio do modelo biomédico e da visão médica baseada no cientificismo e nas evidências obtidas a partir de pesquisas populacionais que não refletem a individualidade e as particularidades do ser humano. A presença das práticas integrativas nos sistemas de saúde não é significativa a

ponto de responder a uma demanda maior, e a grande maioria dos médicos que atuam nos sistemas públicos de saúde é formada pelas faculdades convencionais, que não oferecem conhecimento suficiente acerca dessas outras práticas. Em 2001, o professor de Medicina de Família e diretor do Programa de Medicina Complementar da Universidade de Maryland sinalizou para a necessidade de uma abordagem mais ampliada das práticas complementares no currículo médico. Segundo ele, várias escolas e programas de treinamento incluem o ensino de terapias alternativas e complementares, mas as abordagens são variáveis e, frequentemente, superficiais (BERMAN, 2001).

Outra questão importante é a comprovação científica que é cobrada para o reconhecimento e legitimidade dessas práticas pelas sociedades médicas de acordo com o modelo ocidental de construção do saber. A Medicina Chinesa, por exemplo, é realizada há milênios no Oriente e, até a chegada da medicina ocidental na China, após 1911, não se conhecia outra forma de tratamento médico (XINNONG, 1999). Isso, porém, não é suficiente para que a comunidade médica ocidental a reconheça por si só, haja vista que a prioridade da pesquisa em Acupuntura está mais próxima da lógica hegemônica de produção dos saberes ocidentais, com o objetivo de responder a questões de “eficácia terapêutica” relativas ao tratamento de “doenças” ou de comprovar a possibilidade de “funcionamento” da Acupuntura através de categorias biomédicas (SOUZA, 2013).

O termo Acupuntura significa “punção por agulha” (acus = agulha, punctio = punção) (BRASIL, 2008b) e é apenas uma das práticas realizadas pela Medicina Chinesa, conhecida no ocidente por MTC. Esta medicina, baseada em um sistema filosófico milenar, é composta por várias práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de desarmonias do corpo e reabilitação, tais como: Acupuntura, moxabustão⁵, ventosaterapia, eletroacupuntura⁶, craniopuntura, tuiná⁷, práticas corporais⁸, reflexologia podal⁹, auriculoterapia¹⁰, fitoterapia e uso de plantas medicinais, dietética chinesa e meditação.

A prática da Acupuntura consiste na aplicação de agulhas em determinados pontos do corpo localizados em linhas imaginárias, denominadas meridianos, por onde corre a energia vital *Qi* (XINNONG, 1999). Por muitos anos foi considerada “charlatanismo” e, portanto, desaconselhada por parte dos médicos. Por sua base filosófica distinta e linguagem

⁵Aquecimento de pontos de Acupuntura com o calor de um bastão de artemísia aceso.

⁶Consiste na transmissão de uma baixa corrente elétrica através das agulhas.

⁷Massagem chinesa.

⁸Exercícios físicos que buscam a harmonia do corpo: *Qi Gong*, *Tai Chi Chuan*, *PaTuanChing*, *Lian Gong*.

⁹Estimulação manual de pontos localizados nos pés que refletem para todo o corpo.

¹⁰Estimulação de pontos localizados nas orelhas que refletem para todo o corpo.

metafórica, representou na sociedade ocidental uma prática alternativa que era vista como “mística”. É baseada em uma racionalidade que prioriza a visão holística do indivíduo e a integração corpo-mente-espírito.

O pensamento tradicional chinês, no qual a Acupuntura se fundamenta, vem da observação das relações harmônicas do universo nos ciclos diários, mensais e anuais, nos ciclos funcionais dos organismos e nas relações entre os ciclos da natureza e orgânicos (LUZ, 2012). Os chineses desenvolveram um raciocínio dinâmico, dotado de ideias de constante movimento, como a teoria do *Yin* e *Yang*, dos cinco movimentos, dos oito princípios (interno, externo, excesso, deficiência, frio, calor, *Yin* e *Yang*) e das substâncias fundamentais (XINNONG, 1999).

Segundo o pensamento chinês, *Yin* e *Yang* representam qualidades opostas, mas complementares, presentes em cada coisa ou fenômeno da natureza, que correspondem a aspectos, como: escuridão e luminosidade, lua e sol, sombra e brilho, descanso e atividade, terra e céu, plano e redondo, espaço e tempo, oeste e leste, norte e sul, direita e esquerda (MACIOCIA, 2007). Na medicina, corresponderiam a aspectos, como: inferior e superior, interior e exterior, frente e costas, estrutura e função, frio e calor, palidez e rubor, inibição e excitação, lentidão e rapidez etc.

Assim como a teoria do *Yin* e *Yang*, a teoria dos cinco elementos constitui a base da teoria da medicina chinesa e ambas se originaram aproximadamente ao mesmo tempo. Os cinco elementos dessa teoria são: água, fogo, madeira, metal e terra. Simbolizam as cinco qualidades inerentes diversas que expressam os fenômenos naturais, além de cinco tipos de processos ou movimentos, por isso é também chamada de teoria dos cinco movimentos — a madeira representa o movimento expansivo e exterior, o metal o contraído e interior, a água o movimento para baixo, o fogo para cima e a terra a neutralidade ou estabilidade (MACIOCIA, 2007). Estas duas teorias — do *Yin* e *Yang* e dos cinco movimentos — fundamentam o pensamento chinês que considera que a interação de substâncias vitais, ou fundamentais, (líquidos orgânicos, essência, *Qi*, sangue, alma etérea e alma corpórea) resulta na função do corpo e da mente e que, quando em desequilíbrio, é expressa em desordens ou desarmonias (MACIOCIA, 2007). Essas podem ser causadas pela invasão de três tipos de fatores: os patogênicos externos (vento, o calor de verão, o fogo, o frio, a umidade e a secura), os internos (as emoções: medo, pânico, raiva, preocupação, alegria ou excitação excessiva, tristeza e melancolia.) e aqueles que não são externos nem internos (alimentação, sono e sexualidade) (SOUZA e LUZ, 2011).

Já o raciocínio da chamada biomedicina, ou medicina contemporânea, é voltado para uma visão estática de relação causa-efeito que segue um pensamento linear e dualista. A medicina é baseada no modelo de estudo das doenças, associada a um conceito de lesão. O corpo humano é dividido em sistemas e cada um desses sistemas é tratado por um especialista diferente, o que fragmenta o indivíduo e o cuidado em diversas especialidades médicas (GOOD, 1994a). As doenças são causadas por agentes externos ou por agentes endógenos e diagnosticadas através de exames laboratoriais ou de imagem, que utilizam artefatos tecnológicos avançados em busca da visualização da lesão ou do agente causador da doença.

A excessiva ênfase dada ao método cartesiano levou à fragmentação característica do nosso pensamento em geral e nas nossas disciplinas acadêmicas, e levou à atitude generalizada de reducionismo da ciência – a crença em que todos os aspectos dos fenômenos complexos podem ser compreendidos e reduzidos às suas partes constituintes. (CAPRA, 2006, p.55).

A base dessa biomedicina surgiu nos séculos XVI e XVII, quando se iniciaram as práticas de estudos com cadáveres e a inserção de médicos nos hospitais. A visão da medicina nessa época começou a dar lugar às explicações mecanicistas do mundo e à visão dualista, formada ao redor de uma “tensão estruturante”, que coloca os sujeitos em uma posição dividida entre o que devem saber e o que sentem ao fazer —saber e sentir— domínios do saber racional e científico e o do sentir, associado ao emocional e ao psicológico (BONET, 1999).

Já a Medicina Chinesa tem em sua lógica de cuidado um olhar mais ampliado sobre as condições em que os sujeitos se encontram, baseando seu diagnóstico em uma análise de fenômenos naturais que podem estar em desequilíbrio, gerando o processo de adoecimento. Os cinco elementos fundamentais já citados interagem por meio de ciclos de geração, intergeração, dominância, interdominância, excesso de dominância, contradominância e interação mútua. Geração implica na geração e crescimento; intergeração implica na “relação de mãe-filho”, na qual cada elemento sendo o “filho” do elemento que o gera e a “mãe” daquele que é gerado; dominância significa que o elemento causa controle ou restrição; interdominância significa que cada elemento dominando o outro, ao final fecha-se o ciclo de dominância; excesso de dominância seria excesso do controle do elemento sobre o outro; contradominância significa que há insuficiência do que controla; interação mútua significa intergeração anormal entre os cinco elementos (XINNONG, 1999). Assim, seu tratamento,

longe de agir pontualmente em uma lesão orgânica, busca harmonizar e equilibrar o corpo, a mente e o espírito e prevenir que novos eventos ocorram.

A Acupuntura pode ser utilizada tanto em casos agudos quanto crônicos e tem sido largamente utilizada em pessoas com dor crônica, com pouco ou nenhum efeito colateral. Nesses casos, além dos estudos demonstrarem eficácia nos tratamentos, produzem alívio imediato ou em curto prazo e vem ganhando cada vez mais legitimidade da população (WHITE et al., 2001).

Estudos científicos foram e estão sendo realizados em todo o mundo com o objetivo de comprovar a eficácia da acupuntura. Uma das revisões mais famosas é a que aborda o tratamento de náuseas e vômitos com Acupuntura, com 33 estudos clínicos controlados e aleatorizados que avaliaram a eficácia da estimulação do nervo mediano próximo ao punho (CARNEIRO, 2007). O nervo mediano inerva quase todos os músculos flexores do antebraço. Próximo a ele, existe um ponto da Acupuntura, o PC6, que é muito utilizado para o tratamento de náuseas e vômitos. Nesses estudos, o sítio de neuroestimulação (PC6) recebeu pressão manual ou elétrica, comparadas com placebo, nenhuma intervenção, ou acupuntura falsa. Foram considerados como desfechos: o número e a duração dos episódios de vômitos, dias livres de sintomas e escore de náusea.

Entre os 33 estudos avaliados, quatro foram realizados com o usuário sob anestesia, e a estimulação do nervo mediano no ponto de acupuntura não provocou o resultado esperado (melhora da náusea e dos vômitos), não podendo, portanto, comprovar a ação da Acupuntura. Dos 29 restantes, 27 demonstraram efeitos antieméticos com o tratamento com Acupuntura. Entre esses estudos, 12 teriam maior rigor metodológico (CARNEIRO, 2007) e destes, 11 mostraram resultados positivos para o tratamento em questão, representando cerca de 2.000 usuários. A conclusão é de que, exceto quando administrada sob anestesia, a estimulação do ponto de acupuntura PC6 mostrou ser uma técnica antiemética eficaz (CARNEIRO, 2007).

Outro estudo comprovou a existência dos meridianos de acupuntura através da aplicação de moxabustão em pontos do meridiano do estômago e da sua visualização através de uma câmara de infravermelho (SCHLEBUSCH et al., 2005). Outros demonstraram a liberação de substâncias endógenas no organismo, tais como beta-endorfinas, encefalinas, óxido nítrico, serotonina e hormônios reguladores, quando os usuários eram submetidos a tratamentos com Acupuntura, e foi comprovada a sua ação na inibição da dor através de mecanismos de “*gatecontrol*” (controle do “portão da dor”) (LANDSBERG, 2011). Essas substâncias atuam inibindo a dor através de estímulos aos neurônios que ascendem pela

medula, em vários locais de sinapses nervosas, bloqueando a informação de dor que chega até o cérebro.

Tanto nos estudos que comprovam melhora nas náuseas e vômitos quanto nos estudos dos neurotransmissores e substâncias endógenas, assim como na maioria dos estudos científicos em acupuntura, há uma busca pela demonstração de eficácia da Acupuntura segundo um modelo biomédico, a partir do diagnóstico das “doenças” e dos “sinais e sintomas”, que não são aquelas diagnosticadas pelo olhar da Medicina Chinesa. Além disso, há outros desafios metodológicos importantes, tais como: desenho de estudo, tamanho amostral, aplicação dos métodos; existência de suposições equivocadas ou mal informadas sobre a natureza e a prática da Acupuntura (grupos de tratamento e controle) etc. (BIRCH, 2003, p.207).

Paradoxalmente, a China também respondeu a essa demanda com uma visão ocidentalizada da pesquisa na área médica, dominada pela necessidade de determinação da eficácia da Acupuntura para tratar um grupo de doenças e condições, através do Ensaio Clínico Randômico Controlado, e não a partir da singularização dos casos em estudo embasados no pensamento tradicional chinês. Em 1994 e 1995, o ministro da saúde da República Popular da China tentou padronizar o processo de pesquisa sobre o efeito do uso de medicamentos patenteados e decretou que a pesquisa e as patentes de fórmulas de Medicina Chinesa deveriam ser conduzidas pelos padrões da pesquisa farmacêutica ocidental.

Isto significa dizer, principalmente, que o sistema tradicional de diagnose diferencial (BiànZhèng) teria que ser completamente substituído pela diagnose alopática (BiànBìng). De acordo com essas diretrizes, pesquisas sobre uma fórmula constitucional de múltiplos propósitos como o “pó para as quatro extremidades frígidas”, por exemplo, deverão ser conduzidas e anunciadas no contexto de categoria diagnóstica, única, “colecistite”. (FRUEHAUF, 1999, p.10).

Com isso, a pesquisa realizada segundo a racionalidade da teoria tradicional dos medicamentos foi reduzida a 10% e aquela que se orientava de acordo com a visão das doenças foi destinada a 70% dos casos. Sucedeu-se a isso uma imposição dos critérios de validação dos saberes em saúde da sociedade ocidental, embasados no conhecimento da biomedicina sobre a medicina clássica chinesa, levando a: diagnóstico etiológico, prioritariamente, pela classificação de doenças; padronização da terapêutica, com fármacos e pontos de Acupuntura pré-selecionados e fixos para cada doença; e avaliação da terapêutica com base na mensuração objetiva de dados, preferencialmente colhidos por instrumentos de

alta tecnologia (SOUZA e LUZ, 2011). Tudo isso se opõe à forma clássica de diagnóstico—que é feita principalmente pela avaliação do pulso e língua e segundo a determinação de padrões de desarmonia—e de tratamento singularizado; com fármacos, Acupuntura, massagens, exercícios de circulação da força vital (*Qi Gong*), dietética, práticas de emissão de *Qi* e força vital do terapeuta para o usuário. Além disso, foge à possibilidade de identificação do melhor momento de aplicação do tratamento, que pode variar conforme a hora de aplicação e a estação climática em relação ao padrão de desarmonia. Segundo a análise de Souza e Luz (2011), essa busca pela legitimação da Acupuntura e pela adequação à forma ocidental de produção de conhecimento, “pretere a pesquisa sobre os fundamentos de sua racionalidade”(p. 167).

A Acupuntura é uma técnica simples, com efeitos colaterais raros e pouco graves — a incidência de efeitos colaterais pós-acupuntura pode ser classificada como mínima (WHITE et al., 2001). Este autor conclui em sua pesquisa que “a acupuntura em mãos ‘qualificadas’ é uma das formas mais seguras de intervenção médica”(WHITE et. al., 2001, p.84). Com eficácia comprovada, a Acupuntura pode atuar em múltiplas condições patológicas que variam desde uma lesão física e estrutural, passando por uma dor crônica vaga, até fatores emocionais (WHITE, 2001). Além disso, atua diminuindo a ansiedade e a depressão, o uso crônico de medicações e o efeito adverso de drogas utilizadas na prática médica convencional (WHITE et. al., 2001). A sua prática demanda um instrumental barato e de fácil aplicabilidade nas UBS.

A visão holística da prática da Medicina Chinesa é um fator que se aproxima da lógica da ESF, que visa à clínica ampliada¹¹, a integralidade e a coordenação do cuidado. Assim, a MTC tem plenas condições de trabalhar com a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação dentro da ESF, somando-se às racionalidades em prol da melhorados usuários.

Com o fortalecimento da Atenção Primária — na perspectiva de materialização dos princípios da integralidade, da coordenação do cuidado, desde a implantação da ESF —, tem-se revisto o modelo fragmentado das práticas, e esforços vem sendo feitos para uma abordagem mais holística da pessoa a ser cuidada, o que aproxima o pensamento médico contemporâneo com o da Medicina Chinesa. Apesar disso, ainda há distinções importantes entre a visão ampliada na Medicina de Família e a cosmovisão da MTC que não permitem

¹¹ A Clínica Ampliada é “a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde”(CUNHA, 2010, p.12).

que essas racionalidades ampliem ainda mais seus pontos de interseção, pois são diferenças tão cruciais nas formas de pensamento que uma vez contestadas alterariam suas bases de sustentação. A Medicina de Família, por mais que amplie seu olhar, não deixou de lado a racionalidade biomédica, que tem como foco a doença.

1.2 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E ACUPUNTURA MÉDICA CONTEMPORÂNEA

A MTC não é a única forma de tratamento com Acupuntura. Apesar de ser uma técnica oriunda da Medicina Chinesa, elatem sido usada no Ocidente —e também no Oriente —de formas distintas e sob diferentes racionalidades, como é o caso da AMC ou Acupuntura Médica Ocidental¹² ou ainda Acupuntura Neurofuncional. Ela se destaca da MTC já nas bases do pensamento filosófico e se utiliza do conhecimento do modelo biomédico para promover explicações causais, baseando-se fundamentalmente em evidências científicas.

Um acupunturista ocidental faz um diagnóstico médico de maneira convencional, utiliza agulhas para influenciar a fisiologia corporal de acordo com a visão (científica) convencional e respeita a acupuntura como um tratamento convencional associado a medicamentos ou cirurgia, ou qualquer outra coisa que o paciente necessite.(WHITE e Cols, 2013, p.10).

A história da AMCse inicia na década de 1970, com Felix Mann, um médico que aprendeu Acupuntura tanto na Europa como na China e concluiu que os meridianos não existiam e nem os pontos de Acupuntura, o que levou os acupunturistas a explorar uma conduta mais racional para a Acupuntura e mais embasada no pensamento científico (WHITE e Cols, 2013). A teoria do controle do portão da dor, de 1965, de Melzack e Wall e a descoberta das endorfinas, em 1975, por Hugher et al. impulsionaram estudos na área da Acupuntura demonstrando que a técnica liberava endorfinas —hoje chamadas de peptídeos opióides endógenos—que geravam uma séria de reações no corpo, o que aumentou a credibilidade da Acupuntura no meio científico (WHITE e Cols, 2013).

Para compreensão da visão da Acupuntura Médica Ocidental, precisamos conhecer os cinco mecanismos que explicam os fenômenos da Acupuntura e que, apesar de apresentarem variações técnicas, na prática, são utilizados em sobreposição: efeitos locais, promovendo

¹² O termo Acupuntura “médica” não significa que apenas médicos podem usá-la, podendo ser substituído pelos termos “moderna” e “científica”. São ditos assim para transmitir a ideia de que este manejo da Acupuntura está baseado na atual compreensão da estrutura e da função do corpo, diferentemente do pensamento tradicional chinês (WHITE e Cols, 2013).

cura local; analgesia segmentar, reduzindo a dor no segmento em que as agulhas são inseridas; analgesia extrassegmentar, reduzindo a dor em todo o corpo; efeitos reguladores centrais, efeito calmante e bem-estar; e atuação em pontos-gatilho miofasciais (WHITE e Cols, 2013). Neste trabalho, vou me ater mais profundamente na técnica de inativação de pontos-gatilho, pois atualmente tem sido o foco principal da AMC.

O ponto-gatilho miofascial pode ser definido como “um local hiperirritável dentro de uma faixa tensa de musculoesquelético, localizada no tecido muscular ou sua fáscia associada” (TRAVEL e SIMONS, 1983 apudWHITE e COLS, 2013). É um nódulo palpável pequeno, contraído, no tecido muscular, que produz dor referida espontânea e/ou a digitopressão e que consiste de dois componentes: o *locus* sensitivo e o *locus* ativo, sendo o primeiro uma terminação nervosa sensibilizada e o segundo uma placa terminal disfuncional com vazamento excessivo de acetilcolina (HONG, 2004). Uma vez estimulado, a digitopressão provoca um padrão de dor referida específico para cada músculo, representado em mapas de pontos-gatilho.

A técnica de inativação de ponto-gatilho pela Acupuntura baseia-se na punção por agulha desses pontos e pode ser utilizada em forma de agulhamento seco ou com eletroacupuntura. Nesta última, diferentes frequências liberam diferentes peptídeos opióides endógenos (WHITE e Cols, 2013).

A Acupuntura Médica Ocidental pode ser utilizada em conjunto com a Medicina Chinesa em um mesmo usuário, concomitantemente ou não, sem prejuízo no resultado do tratamento, não sendo lógicas incompatíveis. A forma de tratamento e os pontos prescritos costumam ser bastante individualizados dependendo do usuário e do profissional, que usualmente encontra seu “estilo próprio”.

1.3 HISTÓRICO DA ACUPUNTURA E SUA INSERÇÃO NO BRASIL

Há evidências de que a prática da Medicina Chinesa existe há cerca de 5.000 anos e era praticada com agulhas feitas de pedra ou espinha de peixe. Cerca de 3.000 anos atrás, durante a dinastia Shang, apareceram os hieróglifos de Acupuntura e Moxabustão nas inscrições dos ossos de tartaruga. Com o desenvolvimento das técnicas de fundição de lança em bronze, iniciou-se a confecção de agulhas médicas desse metal (XINNONG, 1999). Utilizada como prática médica na China, sofreu modificações e se desenvolveu amplamente ao longo dos séculos, a partir da observação e da prática. O material de confecção das agulhas

foi se aprimorando, assim como as técnicas de agulhamento, os pontos de Acupuntura e os conhecimentos sobre fisiologia e as relações do homem com a natureza.

A disseminação da Acupuntura para o mundo se deu no século VI, quando a prática foi introduzida na Coreia, Japão e norte da Índia. Em 702 d.C., o governo japonês emitiu uma Ordem Imperial para copiar o sistema educacional de medicina chinesa e criar uma especialidade de Acupuntura e Moxabustão. A Medicina Chinesa foi introduzida na Europa através dos missionários jesuítas no século XVI, mas os pioneiros foram os médicos franceses.

A partir de 1911, na China, houve a introdução da medicina Ocidental, e a Acupuntura e Moxabustão foram depreciadas, sendo chamada pelos colonos de tortura médica. Em 1914, o governo ordenou a proibição da medicina tradicional e adotou uma série de medidas para restringir seu desenvolvimento, resultando no declínio da MTC. Já em 1944, foram retomadas as práticas de Acupuntura e iniciou-se uma onda de incentivo à prática e à pesquisa. No ano de 1947, o Departamento de Saúde da Área de Comando militar de Jinan compilou e publicou *Practical Acupuncture and Moxibustion*, e em 1948 um curso de treinamento de Acupuntura foi patrocinado pela escola de saúde afiliada à Secretaria de Saúde do Governo popular no norte da China (XINNONG, 1999).

A Acupuntura foi trazida para o Brasil por imigrantes orientais, principalmente japoneses, e em 1958 foi criada a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental pelo fisioterapeuta e massoterapeuta Friedrich Johann Spaeth, natural de Luxemburgo; que foi substituída pela Associação Brasileira de Acupuntura (ABA), em 1972 (NASCIMENTO, 2006). Nesse mesmo ano, o interesse pela prática começou a aumentar à ocasião de um incidente com um membro da comitiva do presidente Nixon à China, que teve uma crise de apendicite e foi submetido a uma cirurgia cuja anestesia foi feita por acupunturistas chineses (XINNONG, 1999). Desde 1975, a pedido da Organização Mundial de Saúde (OMS), foram criados cursos de treinamento de Acupuntura internacional em Beijing, Xangai e Nanjing, e acupunturistas foram treinados para muitos países (XINNONG, 1999).

Por volta dessa época, no Brasil, passou-se a estudar mais essa medicina, e médicos e outros profissionais de saúde começaram a buscar o conhecimento da Medicina Chinesa e aplicar em suas clínicas particulares. Em 1986, foi criada a Associação Médica Paulista de Acupuntura (AMPA), que em 1994 passou a se chamar de Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA). A Acupuntura foi considerada especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB) em 1995 e 1998,

respectivamente (BRASIL, 2005). Em 1999, foi promovida a primeira prova de título de especialista em Acupuntura, e em 2002, a Comissão Mista de Especialidades (AMB, CFM, CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica) ratificou a Acupuntura como especialidade médica.

A Acupuntura teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde em 1988 por meio da resolução 5/88 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), e em 1999 o Ministério da Saúde inseriu na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a consulta médica em Acupuntura (LANDSBERG, 2011). Em 2003, foi criada a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) no SUS, atual Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que inclui Medicina Chinesa, Fitoterapia, Homeopatia, Antroposofia¹³ e Termalismo Social/Crenoterapia¹⁴ (Quadro 1) (BRASIL, 2006a).

Quadro 1 – Histórico da Acupuntura e sua inserção no Brasil

Século XVI	Introdução da Medicina Chinesa na Europa por missionários jesuítas
1911	Introdução da medicina Ocidental na China
1914	Proibição da MTC na China
1944	Retomadas as práticas de Acupuntura
1947	Publicação do <i>Practical Acupuncture and Moxibustion</i> pelo Departamento de Saúde da Área de Comando militar de Jinan
1958	Criação da Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental
1972	Incidente com presidente Nixon e criação da Associação Brasileira de Acupuntura (ABA), antiga Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental
1975	Criação de cursos de treinamento de Acupuntura internacional em Beijing, Xangai e Nanjing
1981	Implantação da Acupuntura no H. Municipal Paulino Werneck
1984	Implantação da Acupuntura nos hospitais HUCFF, HUPE
1986	Criação da Associação Médica Paulista de Acupuntura (AMPA)
1987	Criação do serviço de Medicina Alternativa da SMS/RJ
1988	A Acupuntura teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde
1991	Criação da Comissão Especial das medicinas Tradicionais e Alternativas
1992	Criação da Gerência de Programas de Medicina Alternativa (atual PROPIC)
1994	AMPA mudou para Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA)
1995	Acupuntura foi considerada especialidade médica pelo CFM
1998	Acupuntura foi considerada especialidade médica pela AMB

¹³ Abordagem médico-terapêutica complementar de base vitalista.

¹⁴ Diferentes formas de uso da água mineral em tratamentos de saúde.

1999	Primeira prova de título de especialista e inserção da consulta de Acupuntura na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS)
2003	Criação da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) no SUS, atual PNPIC
2006	Criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)
2008	Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Fonte:Elaboração própria a partir das informações coletadas acima.

No período de março a junho de 2004, o Ministério da Saúde, via Departamento de Atenção Básica da SAS, realizou um diagnóstico nacional envolvendo as racionalidades já contempladas no SUS (MTC, Homeopatia, Fitoterapia e Medicina Antroposófica) por meio de questionário enviado a todos os gestores municipais e estaduais de saúde, totalizando 5.560 profissionais. Foram devolvidos 1.340 questionários, sendo que os resultados do diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares nos sistemas de saúde de estados e municípios demonstraram a estruturação de algumas dessas práticas em 232 municípios, entre esses 19 capitais, em um total de 26 estados (BRASIL, 2006a). Esses dados foram colhidos antes da criação da PNPIC em 2006, com os objetivos de:

- 1) Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.
- 2) Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
- 3) Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.
- 4) Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. (BRASIL, 2006a, p. 24).

Com relação à Acupuntura, o número de atendimentos no SUS aumentou, ainda que não substancialmente. No ano de 2003 foram 181.983 consultas médicas de Acupuntura no SUS, com uma maior concentração na Região Sudeste (LANDSBERG, 2011), enquanto que em 2013, foram 324.825 (TABWIN, 2014). Mesmo assim, a prática da Acupuntura ainda é escassa em algumas regiões —embora presente em 19 estados, está distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais (LANDSBERG, 2011). Os dados apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) mostram que a maior presença é na APS (70%), com apenas 8%

na atenção especializada¹⁵. Infelizmente, essa não é a realidade da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro, como veremos a seguir.

1.4 A INSERÇÃO DA ACUPUNTURA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A introdução da Acupuntura no serviço público de saúde do Rio de Janeiro teve início em 1981, no Hospital Municipal Paulino Werneck, através de uma iniciativa do médico servidor do município que a implementou no hospital de forma experimental e ambulatorial, contando, porém, com condições muito precárias de trabalho (NASCIMENTO, 1998). Em 1984, ela passou a integrar o atendimento nas clínicas de dor dos hospitais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e Hospital Paulino Werneck (NASCIMENTO, 1998; TEIXEIRA, 2007). No HUPE, a Acupuntura, inicialmente, era realizada nos leitos e somente em 2001 passou a ser realizada em sala própria (TEIXEIRA, 2007).

Em 1987, com a criação do Serviço de Medicina Alternativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), foi prevista a prestação de serviços de Acupuntura, do-in e moxabustão em todos os centros de saúde do município e a aceleração de convênios entre o município e instituições especializadas, visando ao treinamento de pessoal (NASCIMENTO, 1998). Em 1991, foi criada a Comissão Especial das Medicinas Tradicionais e Alternativas, também subordinada ao Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de introduzir novos métodos terapêuticos e assistenciais, mais adequados às necessidades, tendo como perspectiva integrar as medicinas que eram consideradas alternativas com a biomedicina. Segundo determinação dessa comissão, os tratamentos por Acupuntura seriam desenvolvidos por médicos das instituições; o atendimento seria dirigido a usuários referenciados por outras clínicas, através de laudo médico; e a curto prazo seriam referenciados apenas os usuários com síndromes dolorosas (NASCIMENTO, 1998).

Em 1992, foi criada a Gerência de Programas de Medicina Alternativa e, em seguida, as subgerências de programas de homeopatia, fitoterapia e de Acupuntura, a partir da qual foram celebrados os primeiros convênios entre a SMS/RJ e alguns centros formadores de acupunturistas destinados à abertura de campos de estágio para aperfeiçoamento prático dos alunos em unidades da rede municipal de saúde. A partir da criação da gerência de Programa de Medicinas Alternativas, foram introduzidos serviços “não convencionais de assistência

¹⁵Atualmente o País conta com 26 estados mais o Distrito Federal e 5.561 municípios (IBGE, 2014).

médica” em 14 bairros do município que incluíam Acupuntura, Homeopatia, *tai chi chuan*, *shiatsu*, yoga, farmácia de fitoterapia (NASCIMENTO, 1998). O estado do Rio de Janeiro foi o primeiro da federação a institucionalizar um programa dessa prática, a criar normas de esterilização do instrumental da Acupuntura e a recomendar a utilização de agulhas descartáveis e/ou individuais, em benefício dos usuários (TEIXEIRA, 2007).

Segundo Nascimento (1998), a principal dificuldade para manutenção do programa foi a falta de alocação de recursos financeiros, o que se refletiu em precárias condições de trabalho e falta de recursos para contratação de profissionais e para a realização de pesquisas. Outros fatores dificultadores foram a disputa entre profissionais médicos e não médicos no que se referiu aos critérios de formação do acupunturista, a necessidade de um tempo maior de consulta (*setting*), e a dificuldade de se integrar duas racionalidades médicas, a ocidental e a oriental. A resolutividade do serviço foi estimada em pelo menos 70% dos casos, em especial no que concerne à melhoria dos sintomas algícos, e cerca de 10% abandonaram o serviço¹⁶.

Através da Lei Estadual n.º 3.181/99, regulamentada pela Resolução SES n.º 1.837/2002, o poder executivo autorizou a criação do serviço de Acupuntura nas unidades hospitalares da rede do estado do Rio de Janeiro (ALERJ, 2013). Em 2007, entre as 155 unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, apenas 5 ofereciam serviços de Acupuntura, a saber: o Posto de Saúde Cecília Donnangelo, em Vargem Pequena; a Unidade Vargem Grande; o Posto de Assistência Médica (PAM) Antônio Ribeiro Netto, na Cinelândia; o PAM Oswaldo Cruz, no Centro; O Centro Municipal de Saúde Lincoln de Freitas Filho, em Santa Cruz; O Centro Municipal de Saúde Américo Veloso, na Praia de Ramos (TEIXEIRA, 2007).

Após 5 anos, o número de unidades com serviço de Acupuntura duplicou —em julho de 2012, estavam registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 16 profissionais distribuídos em 11 unidades do município, sendo 4 unidades de Atenção Primária “tipo B”¹⁷, 4 de atenção secundária e 2 de atenção terciária, além de um centro que oferecia o serviço em parceria com a secretaria Municipal de Administração, o Centro de Valorização de Servidor. No entanto, apenas um acupunturista, que trabalha com o sistema de referência e contrarreferência, estava oficialmente cadastrado no NASF. A realidade do município mudou muito de 2012 a 2015, devido a afastamentos por diversos motivos:

¹⁶ Informação oral em conversa informal com o gestor do Programa de Práticas Integrativas do município do Rio de Janeiro.

¹⁷ Unidade “tipo A” - onde todo o território é coberto pela ESF - unidade “tipo B” - onde somente parte do território é coberto pela ESF - unidade “tipo C” - onde ainda não há equipe de ESF, mas com território de referência bem definido (SMSDC/RJ, 2011).

aposentadoria, licenças médicas, mudança de função na unidade etc., ficando o sistema de saúde com um número muito reduzido de profissionais, como veremos nos resultados dessa pesquisa.

1.5 A ACUPUNTURA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF tem como rede de apoio o NASF, criado pela Portaria GM n.º154/2008 (BRASIL, 2008a), que trouxe a possibilidade de uma reestruturação da interação entre especialistas e profissionais da Atenção Primária que compunham a equipe de referência (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe de saúde bucal), com a entrada de novos atores sociais e um novo olhar para a relação interdisciplinar, revendo o modelo médico-centrado estabelecido historicamente. Segundo essa portaria, o NASF tem como objetivo:

Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008a, p.47).

O NASF é composto por uma equipe multidisciplinar relacionada às equipes de referência, que são as equipes da Estratégia de Saúde da Família. Ambas são, ao mesmo tempo, “arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando realizar a clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”.

A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. (CAMPOS, 2007, p.400).

É composto por uma equipe multidisciplinar a ser definida pelos gestores, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. A análise da situação demográfica, social e de saúde do bairro ou município, assim como seu porte e a rede existente ou de referência em municípios maiores na sua região de saúde, influenciam na escolha dos profissionais que integrarão o NASF, no modo de organizar o seu trabalho, no leque de ações ofertadas e/ou na frequência ou intensidade delas (BRASIL, 2014).

Em 2009, foi definido que as equipes NASF poderiam ser compostas por médicos acupunturistas, além de outras categorias, tais como: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2009a). Em 2014, foram incluídas as categorias: profissional com formação em arte e educação (arte-educador); médico ginecologista/obstetra; médico veterinário; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) havia divulgado apenas duas modalidades possíveis para o NASF (1 e 2) e ainda afirmava que: “a implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal” (BRASIL, 2012b, p. 71). Curiosamente, no mesmo ano, a Portaria n.º 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefiniu a modalidade 3 de NASF para populações específicas, como podemos ver no Quadro 2 (BRASIL, 2012a).

Quadro 2 – Modalidades NASF

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal

Fonte: BRASIL, 2014.

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

**Equipe Consultório na Rua.

*** Equipe Saúde da Família.

**** Equipe de Atenção Básica.

O processo de trabalho do NASF fundamenta-se no apoio matricial, que implica a construção de um projeto terapêutico integrado e pode desenvolver-se em três planos fundamentais: a) atendimentos e intervenções conjuntas (consulta conjunta) entre o especialista matricial e profissionais da equipe de referência; b) atendimentos ou intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência; c) troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS, 2007).

Desde a criação do NASF, até os dias de hoje, pouco foi feito para alocação de profissionais acupunturistas nas equipes do município do Rio de Janeiro. Apesar de estar ainda em fase de implantação, o NASF desse município já apresenta um grande quantitativo de outros profissionais que atuam apoiando a ESF, com especial atenção aos profissionais ligados às Academias Cariocas¹⁸ e àqueles que compõem as equipes de saúde mental (psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais). Essa questão deve ser debatida, ampliada e consensuada entre gestores e profissionais, a fim de se descobrir as dificuldades nesse processo e a melhor forma de inserção do profissional acupunturista na rede de Atenção Básica, seja pelo NASF ou nas equipes da ESF, já que a Carteira de Serviços do município prevê a prática como atividade opcional do médico de família (SMSDC/RJ, 2011). Segundo este Guia de Referência, a consulta médica em Acupuntura deve ser exercida pelo médico de família“a partir da anamnese e diagnóstico do paciente baseados na Medicina Convencional e na Medicina Tradicional Chinesa”¹⁹ (SMSDC/RJ, 2011, p.42). Esses serviços são de responsabilidade das equipes de Saúde da Família e são constantemente avaliados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012c), no qual o Ministério da Saúde acompanha e avalia os profissionais da APS com o objetivo de melhorar o padrão de qualidade do atendimento nas UBS (BRASIL, 2012b).

¹⁸ O Programa Academia Carioca foi criado em 2009 nas UBS do município do Rio de Janeiro com o objetivo de promover a saúde por meio de ação comunitária e multissetorial, centrada na inserção da prática de atividade física regular, visando a construção de um estilo de vida mais saudável (SMS, 2014).

¹⁹ Código do procedimento: 0301010072 e 0301010048.

Ao mesmo tempo em que há evidências que indicam que a ESF tem sido uma experiência bem-sucedida e que algumas alternativas que se preconizam, estimulando os modelos tradicionais de APS, poderão constituir um perigoso retrocesso no SUS, existe uma percepção mais ou menos difusa de que ela se esgotou como forma de organizar a APS no SUS. Isso não significa um fracasso no modelo da ESF, mas sim um esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde no qual ele se constituiu (MENDES, 2012).

A composição das equipes básicas da ESF, embasada principalmente nos médicos e enfermeiros, é insuficiente para dar conta do manejo das condições crônicas, como pode ser visto em Mendes (2012). Este autor sugere a participação de outros profissionais como membros orgânicos, tais como o assistente social, o farmacêutico clínico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional de educação física e o psicólogo, juntamente com os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. A proposta para os NASFs seria o trabalho de apoio desses profissionais da ESF, a ser realizado por profissionais especialistas, estruturados em centros de referência secundários, trabalhando em conjunto com as equipes da ESF, seja em trabalhos presenciais ou a distância, por meio de mecanismos de teleassistência (MENDES, 2012).

Essa proposta, ancorada na lógica da equipe multiprofissional e menos presa às decisões do “médico prescritor”, pode ser uma saída para o cuidado integral do usuário que sofre de dor crônica, especialmente os idosos. Estes, além da dor, sofrem de múltiplas condições crônicas associadas e muitas vezes enfrentam opções limitadas de tratamento com analgésicos devido ao aumento do risco de efeitos colaterais e interações medicamentosas. Além disso, a equipe multiprofissional pode lançar mão de medidas não farmacológicas através de cuidados domiciliares nos usuários que apresentam dificuldades de sair de casa.

No caso do profissional acupunturista, a ocupação de médico é a única prevista para essa prática no NASF, não estando inclusos outros profissionais não-médicos. Porém, na mesma Portaria que cria o NASF —GM n.º 154/2008 —podemos observar uma contradição. Ao mesmo tempo que ela prevê apenas o médico acupunturista como membro integrante do NASF, no artigo 3º, parágrafo 5º, diz que “a prática da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deve ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS” (BRASIL, 2006a). Segundo este último documento, vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a Acupuntura como especialidade no Brasil e os cursos de formação estão disponíveis em diversas Unidades Federais (BRASIL, 2006a).

Essa discussão entre médicos e não médicos vem trazendo polêmica e é hoje muito discutida entre as categorias profissionais (NASCIMENTO, 2006). Entretanto, independentemente da categoria profissional, a prática da Acupuntura/MTC não deve ficar à parte de uma política de Atenção Primária voltada para atos de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, pois há um enorme potencial nessa prática quando utilizada em conjunto com a medicina convencional.

É importante observar que o município do Rio de Janeiro apresentou, desde 2009, muitas mudanças no modelo de atenção à saúde, que antes ainda vinha pautado nas unidades “tipo C” e policlínicas, com foco nas especialidades médicas básicas, e ainda não tinha muita experiência com o modelo pautado na lógica da Saúde da Família. A partir de então, mostrou uma rápida expansão da ESF, com a implantação das Clínicas da Família em todas as áreas programáticas e com a conversão de unidades “tipo C” em unidades “tipo B” ou em Clínicas da Família (“tipo A”).

A expansão da cobertura populacional da ESF, conseqüente ao aumento do número de unidades de Saúde da Família, abriu as portas para o atendimento à população antes carente de serviços de saúde. A cobertura populacional, que era de 3,5% em 2009, com 120 unidades (BRASIL, 2012d), passou para 45,93% em 2015, cobrindo cerca de 6,6 milhões de pessoas (Figura 1).

Figura 1 – Cobertura da Estratégia de Saúde da Família

HOME SIAB PMAQ TABNET INDICADORES CNES ADMIN

Superintendência de Atenção Primária
Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

CNES

SUS Sistema Único de Saúde

COBERTURA DE ESF

ultima competencia: 201502

AP	*POPULAÇÃO	ESF completas	ESF incompletas	TOTAL equipes	% ESF completas	Cobertura (%)	Cobertura Total (ESF+ESB)	Total ESB	% ESB completas
10	311.265	54	0	54	100%	59.85%	59.85%	12	100%
21	641.441	60	0	60	100%	32.27%	32.27%	22	100%
22	372.962	28	2	30	93%	25.9%	27.75%	8	100%
31	898.787	152	2	154	99%	58.35%	59.11%	53	100%
32	571.935	84	2	86	98%	50.67%	51.88%	31	100%
33	947.981	114	12	126	90%	41.49%	45.86%	49	100%
40	1.011.946	48	0	48	100%	16.36%	16.36%	11	100%
51	676.139	104	5	109	95%	53.07%	55.62%	37	100%
52	700.834	119	0	119	100%	58.58%	58.58%	46	100%
53	394.152	106	2	108	98%	92.78%	94.53%	52	100%
TOTAL	6.527.442	869	25	894	97%	45.93%	47.25%	323	99.07%

* Fonte: Estudo Estatístico e Planilha da Estimativa Populacional.

SAÍR DO SISTEMA ALTERAR SENHA VOLTA

037531
acessos desde 18/01/12

Fonte: Quadro retirado do portal eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SMSDC/RJ, 2015a), atualizado em 19/03/2015.

Portanto, para toda essa população crescente e com o aumento do acesso aos usuários, é de se esperar um aumento na demanda de usuários com condições crônicas, sendo a dor uma das principais, e, conseqüentemente, um aumento na necessidade de ampliação da oferta de práticas de Acupuntura na APS, principal responsável pelo cuidado em condições crônicas mais prevalentes. Para que se dê o aumento da oferta de tais práticas, é necessária uma ampliação de serviços e do número de profissionais capacitados para o exercício da Acupuntura, sejam eles profissionais da APS —médicos de família ou médicos do NASF —, sejam eles médicos da rede secundária de saúde. As redes terciária e quaternária, por serem altamente especializadas, não devem ser o foco de políticas públicas que objetivem aumentar o acesso a um grande número de usuários com condições de alta prevalência, visto que o seu objetivo é garantir assistência em outro nível de densidade tecnológica —a tecnologia dura²⁰ —, ou seja, aos equipamentos tecnológicos materiais avançados.

A população do município do Rio de Janeiro, assim como a de todo o Brasil, apresenta uma situação epidemiológica frágil, com grande número de idosos, alto índice de condições crônicas (sendo a dor crônica uma das principais) e aspectos socioeconômicos e determinantes sociais que muitas vezes põem em risco a saúde da população. Assim, agravam-se as situações de vulnerabilidade, não havendo a contrapartida do poder aquisitivo para cobrir os custos com saúde, muitas vezes necessários devido à baixa oferta de serviços especializados no SUS, como a Acupuntura, Homeopatia, Fisioterapia etc. Muitos procuram esses serviços em clínicas privadas, mas poucos são capazes de dar continuidade nos seus tratamento e reabilitação devido ao alto custo com as despesas em saúde, sendo comum a regressão do processo terapêutico que estava evoluindo para melhora. Considerando o baixo custo com material médico-hospitalar, a diminuição dos custos dos usuários e do SUS, além da alta resolutividade e os grandes benefícios da Acupuntura no tratamento da dor crônica (THOMAS et al, 1991, TEIXEIRA, 2007), torna-se fundamental a discussão acerca da inserção de novos profissionais acupunturistas na rede básica de saúde, que concentra a maior parte desses usuários portadores de dor crônica.

²⁰As tecnologias em saúde podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, das teorias, e as duras são as dos recursos materiais (COELHO, 2009).

CAPÍTULO 2

ACUPUNTURA NA GESTÃO DO CUIDADO DOS USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA

2.1 DEFINIÇÃO E CONTROLE DA DOR

A dor pode ser definida como “experiência sensorial e emocional desagradável associada ou descrita em termos de lesão tecidual” (IASP, 2015), ou ainda como: “dor é o que a pessoa que o sente diz que é, existindo toda vez que o diga” (MCCAFFERY, 1968). Portanto, não se deve duvidar ou questionar a presença ou ausência de dor, assim como não é possível aferi-la diretamente, a não ser por mecanismos indiretos por meio do relato do usuário.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica (BRASIL, 2012e anexo, p.2), a dor “pode ser aguda quando a duração é inferior a 30 dias ou crônica com duração superior a 30 dias”. Em algumas referências, a dor crônica é definida por duração superior a três meses (HARSTALL, 2003) e em outras acima de seis meses (PORTUGAL, 2001). Entretanto, a distinção entre dor aguda e dor crônica não é feita somente por sua duração, mas por suas características. Reconhecida como “dor que persiste além do tempo normal de cicatrização”, a dor crônica pode ter duração inferior a um mês, ou ainda, mais de seis meses (IASP, 2014). No caso da dor não oncológica, três meses é mais adequado para a distinção entre dor aguda e crônica, mas para fins de pesquisa, seis meses seria mais adequado (IASP, 2014). Para aqueles que tratam da dor oncológica, três meses é muito tempo de espera antes de fechar diagnóstico de dor crônica. Além disso, a definição feita para o tempo de cicatrização normal não é suficiente. Muitas síndromes são tratadas como síndromes de dor crônica, embora a cicatrização normal ainda não tenha ocorrido. Portanto, dor que persiste durante um dado espaço de tempo seria um conceito simples demais, melhor definido por meio da experiência do médico que acompanha aquele usuário com dor (IASP, 2014).

A dor, seja ela aguda ou crônica, pode ser classificada em três tipos: dor de predomínio nociceptivo, dor de predomínio neuropático e dor mista. Enquanto a dor nociceptiva está relacionada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares, a dor neuropática é iniciada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, como resultado da ativação anormal da via da dor ou nociceptiva. A primeira responde bem ao tratamento com

analgésicos ou anti-inflamatórios usuais, e a segunda nem tanto (BRASIL, 2012e). O tipo de dor mais frequente na prática clínica é a mista.

Outras duas causas de dor de alta prevalência e impacto no sistema de saúde são as dores miofascial e fibromiálgica, com fisiopatologia ainda pouco conhecida e de difícil classificação quanto aos tipos, o que significa que não é fácil identificar se é de origem nociceptiva ou neuropática. Enquanto a dor miofascial é caracterizada pela presença de ponto-gatilho²¹, com uma prevalência de cerca de 30% em usuários ambulatoriais, a fibromiálgica ocorre em 8% na população e pode ser identificada pela presença de 11 dos 18 locais esperados de pontos musculares dolorosos (BRASIL, 2012e). A fibromialgia pode ser definida como uma síndrome crônica caracterizada por queixa dolorosa musculoesquelética difusa e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente determinadas (WOLFE et al., 1990), e de alterações sistêmicas, como distúrbio do sono, rigidez, alterações do ritmo intestinal entre outras.

Entre os fatores associados à dor crônica estão: imobilidade e consequente atrofia de músculos, articulações etc., depressão do sistema imunológico e aumento da susceptibilidade a doenças, sono perturbado, falta de apetite e nutrição, dependência de medicamentos, excesso de dependência dos familiares e outros cuidadores, uso excessivo e uso inadequado de sistemas profissionais de saúde, fraco desempenho no trabalho ou incapacidade para o trabalho, invalidez, isolamento da sociedade e da família, ansiedade, medo, amargura, frustração, depressão e suicídio (EFIC, 2013). Tanto a dor aguda quanto a crônica provocam mais prejuízo na economia e na qualidade de vida do que as doenças consideradas causas de morte, especialmente quando o dano neuronal proveniente de cirurgia ou trauma progridem para dor neuropática crônica (BOND, 2004).

Dados norte-americanos mostram que 31% da população tem dor crônica, acarretando incapacidade total ou parcial em 75% dos casos (BRASIL, 2012e). Em uma revisão sistemática sobre a prevalência de dor crônica no mundo, a qual foi definida como uma dor com duração maior que 3 meses, foram analisados estudos em diversos países, sendo 6 da Europa e outros na Austrália, Israel, Canadá, além de um estudo multicêntrico conduzido pela OMS que incluiu 14 países dos 5 continentes, entre eles o Brasil, os quais evidenciaram uma média de prevalência da dor em torno de 35,5%, variando de 11,5% a 55,2%, sendo mais frequente na população feminina (39,6%) do que na masculina (31%) (HARSTALL, 2003).

²¹ Ponto doloroso à digitopressão e que deflagra a dor.

No Brasil, com a transição demográfica e epidemiológica, podemos evidenciar o aumento da incidência²² e da prevalência²³ da dor crônica. A redução dos níveis de fecundidade e, ao mesmo tempo, de mortalidade, em especial a infantil, resultou na transformação da pirâmide etária da população brasileira: o percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050; e o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (MENDES, 2012). A transição demográfica expressa, portanto, o envelhecimento da população.

Nessa perspectiva, aumenta também a longevidade: a expectativa de vida ao nascimento do brasileiro passou de 67 em 1990 para 74 em 2011, sendo maior nas mulheres (70 anos em 1990 e 78 em 2011) do que nos homens (64 anos em 1990 e 71 em 2011); e a expectativa de sobrevivência aos 60 anos passou de 18 em 1990 para 21 em 2011 (de 19 para 23 em mulheres, e de 17 para 19 em homens) (WHO, 2013). Ou seja, a população de idosos não só está aumentando em termos relativos (pela diminuição da população jovem), como em termos absolutos (pelo aumento da longevidade). O aumento da população de idosos contribui para o crescimento na incidência e na prevalência de dores crônicas.

Quanto à transição epidemiológica, observa-se o aumento de doenças infecciosas e carenciais, juntamente com o aumento das condições crônicas. Segundo Mendes (2012), a transição epidemiológica aponta para uma tripla carga de doenças, haja vista uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas consequente aos avanços tecnológicos em saúde e à dificuldade de enfrentamento dessa situação (MENDES, 2012).

Assim, à medida que a idade avança, aumentam as doenças crônicas, como mostra a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, que selecionou um grupo de 12 doenças crônicas a serem pesquisadas²⁴ (BRASIL, 2010b). A pesquisa demonstrou que 79,1% dos brasileiros com 65 anos ou mais conviviam com essas doenças. Considerando a população geral, 31,3%, em torno de 60 milhões de pessoas têm pelo menos uma doença crônica e 5,9% tem três ou mais dessas doenças crônicas ao mesmo tempo (BRASIL, 2010b).

Com relação à dor persistente, a prevalência aumenta progressivamente com a idade até a sétima década de vida, frequentemente ultrapassando 50% em amostras com base na

²²Número de casos novos de uma determinada doença.

²³ Número total de casos de uma determinada doença (casos novos mais casos antigos).

²⁴ Foram pesquisadas as 12 seguintes doenças crônicas: doenças da coluna ou costas ou deformidade na coluna vertebral; artrite ou reumatismo; diabetes (ou hiperglicemia); bronquite ou asma; hipertensão arterial; doenças cardíacas; doença renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; cirrose hepática; sífilis.

comunidade, e até 80% em idosos com cuidados domiciliares (GIBSON, 2006). As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas ao envolverem doenças infecciosas persistentes, condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida, distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas, doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) em que há sofrimento, mas não se inscrevem nos padrões biomédicos (MENDES, 2012).

A dor crônica é, portanto, considerada um problema de saúde pública por sua magnitude²⁵, transcendência²⁶ e vulnerabilidade²⁷. Devido à importância no quadro epidemiológico, demanda uma série de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação, que devem ser de caráter multiprofissional e intersetorial. A prevenção pode ser feita no âmbito da Atenção Primária, na qual os profissionais orientam técnicas de ergonomia, atividades físicas, posturas, hábitos saudáveis etc., a fim de evitar que os sujeitos sofram lesões ou que as dores agudas se tornem crônicas. O projeto Academia Carioca desenvolvido no município do Rio de Janeiro, por exemplo, é um dos trabalhos de promoção da saúde que pode atuar prevenindo o aparecimento da dor crônica ou a perpetuação de dores em fase de melhora.

O tratamento clínico da dor crônica se divide em: adjuvante, não medicamentoso e medicamentoso. O tratamento adjuvante consiste em tratar as condições associadas que podem piorar a condição de dor, como depressão e contraturas musculares secundárias. Para o tratamento não medicamentoso, pode ser utilizada a Acupuntura. O protocolo do Ministério da Saúde (2012c) recomenda Acupuntura, nos casos de dor miofascial, dor muscular crônica e osteoartrite. A atividade física regular, a terapia cognitiva comportamental, a terapia com calor local ou a fisioterapia também podem ser utilizadas em usuários com todos os tipos de dor, conforme a capacidade física do doente e sob supervisão de profissional habilitado.

²⁵Magnitude - doenças com elevada frequência que afetam grandes contingentes populacionais, que se traduzem pela incidência, prevalência, mortalidade, anos potenciais de vida perdidos.

²⁶Transcendência - que se tem definido como um conjunto de características apresentadas por doenças e agravos, de acordo com sua apresentação clínica e epidemiológica, das quais as mais importantes são: a severidade medida pelas taxas de letalidade, hospitalizações e sequelas; a relevância social que subjetivamente significa o valor que a sociedade imputa à ocorrência do evento [...]; e as que podem afetar o desenvolvimento o que as caracteriza como de relevância econômica devido a restrições comerciais, perdas de vidas, absenteísmo ao trabalho, custo de diagnóstico e tratamento.

²⁷Vulnerabilidade - doenças para as quais existem instrumentos específicos de prevenção e controle permitindo a atuação concreta e efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos ou coletividades (TEIXEIRA et al, 1998, p.17).

Quanto ao tratamento medicamentoso, é indicado o uso de analgésicos, anti-inflamatórios e fármacos adjuvantes, e, dependendo da gravidade do quadro, acrescentam-se os opióides fracos e depois os fortes (BRASIL, 2012e); todos eles atuando em conjunto e nunca isoladamente, o que aumenta a chance de haver variados tipos de efeitos colaterais. Somente um medicamento de cada categoria deve ser usado por vez, para minimizar os efeitos colaterais. Os medicamentos adjuvantes devem ser associados de acordo com as indicações específicas, como, por exemplo, antidepressivos, anticonvulsivantes, corticoides etc., que atuam no tipo específico de dor vivenciada pela pessoa. Seguindo essa lógica, cada vez que os esquemas terapêuticos encontram falhas, busca-se um esquema “mais forte” para controle adequado da dor. Talvez esse seja um dos motivos para que o uso de fármacos tenha sido frequentemente associado a efeitos colaterais muitas vezes intoleráveis, obrigando os usuários a abandonar o tratamento ou buscar novas alternativas.

Assim, diversos estudos buscaram estudar os efeitos adversos dos medicamentos utilizados no controle da dor, e os resultados apontaram para um grande número de efeitos colaterais e uma grande taxa de abandono do tratamento, tanto pela quantidade de efeitos colaterais quanto pela sua intolerabilidade. Em um estudo de meta-análise, foram reunidos 30 ensaios clínicos randomizados que incluíam relaxantes musculares benzodiazepínicos e não benzodiazepínicos no tratamento da dor lombar aguda, e os efeitos adversos foram frequentes, especialmente sonolência e tontura. Por esse motivo, o protocolo clínico de dor desaconselha esses fármacos nos casos de dor crônica (EINSTEIN, 2012).

Os antidepressivos são medicamentos muito usados no tratamento da dor crônica, porém em doses menores que as necessárias para o efeito esperado, por atuarem por mecanismos diferentes daqueles necessários para o tratamento da depressão. Em três estudos com usuários em uso de antidepressivos para o tratamento da dor, houve uma grande taxa de abandono do tratamento devido aos efeitos colaterais —21 usuários (27%) no estudo com a nortriptilina, e 8 (11%) e 17 (25%) usuários nos dois estudos com clomipramina (ATKINSON, 1998, EBERHARD, 1988 e TRÈVES et al., 1991). Outra classe de medicamentos muito utilizada é a dos anticonvulsivantes, que, apesar de produzirem efeitos adversos considerados toleráveis (sonolência, aumento de enzimas hepáticas, tonteira, edema periorbitário e distúrbios intestinais), tais efeitos são comuns e contribuem para altas taxas de abandono (MOORE, 2011, BRASIL, 2012e).

Nos casos das dores de difícil controle, recomenda-se associar os medicamentos opióides, que podem ser fracos ou fortes. Em um estudo com usuários com dor nociceptiva, porém, o uso de opióides por tempo prolongado não demonstrou evidências convincentes de

benefícios e demonstrou efeitos adversos limitantes, tais como: retenção urinária, constipação, sonolência, vômitos, tontura, perda de apetite, fraqueza (RODRIGUEZ, 2007), além de aumento de risco de suicídio (BOND, 2004). Em uma revisão sistemática, 22% dos usuários com dor crônica não associada a câncer interromperam o uso de opióides por causa dos efeitos adversos (MOORE, 2005).

Tais evidências demonstram que não nocivas as intervenções medicamentosas podem ser ao usuário com dor crônica que, em sua maioria, buscam não só a melhora dos sintomas algícos como também a melhoria da qualidade de vida e, muitas vezes, não se sentem melhor por causa dos efeitos adversos das medicações. Assim, o controle da dor muitas vezes necessita de outros recursos além das medicações, os quais vêm sendo estudados cada vez mais por especialistas no campo.

Inicialmente, a área de atuação em dor era exclusiva das especialidades de Neurologia e Anestesiologia, e em 2005, por solicitação de especialistas de várias áreas que também atuam em dor, a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) passou a liderar as reuniões na AMB, com objetivo de ampliar o número de especialidades autorizadas a trabalhar no tratamento da dor. A partir desse ponto, foi elaborado um relatório e encaminhado para análise da Comissão Mista de Especialidades, que aprovou a inclusão das seguintes especialidades: Acupuntura, Anestesiologia, Medicina Física e Reabilitação, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia e Reumatologia. Com a nova Resolução CFM n.º 2005/12, foi incluída também Clínica Médica (BRASIL, 2012e).

Segundo a IASP (2013), os tratamentos atuais baseados no modelo biopsicossocial da dor devem ter uma abordagem de diferentes profissionais (médicos, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos e tantos outros). Na área médica, participam neurologistas, anestesistas, reumatologistas, fisiatras, acupunturistas, clínicos gerais, oncologistas, psiquiatras, entre outros, dependendo das características de cada serviço (IASP, 2013).

Entre esses profissionais, a APS do município do Rio de Janeiro conta com dentistas, enfermeiros e médicos generalistas/médicos de família nas unidades básicas e Clínicas da Família; fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos nas unidades básicas e no NASF, e psiquiatras, tanto nas unidades básicas “tipo B” e “tipo C” quanto no NASF. Os médicos neurologistas, anestesistas, reumatologistas, fisiatras e oncologistas atuam somente nos níveis secundário e terciário. O médico acupunturista, por sua vez, está presente oficialmente em policlínicas/CMS e unidades “tipo C” e “tipo B”, mas utilizando o sistema de referência e contrarreferência, descaracterizando o que se pode chamar de Atenção Primária. Há apenas

um profissional no NASF cadastrado como acupunturista no município do Rio de Janeiro, mas que se utiliza desse mesmo sistema de referência, e um profissional do NASF cadastrado como Clínica Médica, mas que faz matriciamento em dor e que não tem formação oficial em Acupuntura, apenas aplica algumas técnicas, como o agulhamento de pontos-gatilho. Há ainda médicos de família e outros médicos contratados como médicos de família que atuam na rede também com algumas práticas de Acupuntura e Medicina Chinesa, de forma extraoficial. Todos esses profissionais se encontram distribuídos pela rede, mas não formam um núcleo ou uma equipe multiprofissional, atuando, portanto, de forma isolada no manejo da dor.

A SBED propõe, inclusive, uma Política Nacional de Saúde em Dor para contornar a falta de diretrizes, ou seja, a carência de linhas de cuidado no manejo dos usuários com dor (SBED, 2013), até porque o nosso conhecimento sobre dor ainda é incompleto. Segundo Gibson (2006, p. 3):

Há uma necessidade urgente de uma melhor formação profissional e programas mais dedicados à investigação (da dor) para ajudar a orientar a prática clínica; e melhores estratégias de gestão da dor que especificamente direcionem as necessidades especiais dos idosos em nossa comunidade²⁸.

Além disso, a presença de diretrizes clínicas para o manejo da dor poderia auxiliar diretamente os profissionais da Atenção Primária que não têm formação no campo e que necessitam do suporte para a educação permanente.

2.2 DOR CRÔNICA: EXPERIÊNCIA MULTIDIMENSIONAL

A abordagem multidisciplinar de um trabalho em equipe e o tratamento com algumas terapias que implicam em outras racionalidades médicas, tais como a Acupuntura, são fundamentais para ajudar no controle da dor e, ao mesmo tempo, no uso racional dos medicamentos, na melhoria da qualidade de vida e na redução da incapacidade. Portanto, a união das racionalidades pode produzir um efeito benéfico na diminuição da dependência do uso de tais medicamentos e na redução das suas doses, como demonstra um estudo com 44 usuários com osteoartrite cervical crônica, cujo resultado foi que a Acupuntura e diazepam foram igualmente eficazes no tratamento da dor aguda (THOMAS et al., 1991).

²⁸ Tradução livre. Em todos os casos em que as referências se encontrarem em outra língua, a tradução será feita pela autora.

Além disso, o papel da dor na vida das pessoas, com a qual convivem, vai além de um sofrimento físico individual, pois também interfere no cotidiano de suas famílias e comunidade. Parceiros de usuários com dor crônica também são afetados por ela. Há evidência que sugerem que aqueles parceiros que convivem com a dor do paciente demonstram atividade cerebral semelhante à do que a está efetivamente sentindo (KEEFE et al., 2009).

Diversas teorias psicológicas sustentam a ideia de que a dor é um fenômeno multicausal, influenciado por uma série de fatores externos e internos, sendo ao mesmo tempo físico e psíquico, individual e familiar. Freud, por exemplo, observou que mesmo as dores físicas mais intensas deixavam de surgir quando havia um desvio psíquico ocasionado por outro foco de interesse; e a Psiconeuroimunologia e a Medicina Psicossomática, que deixaram claro que as experiências cotidianas da vida poderiam causar impressões físicas no corpo e que toda doença afetaria a psique e o soma (MICELI, 2002). Já as teorias cognitivo-comportamentais da segunda metade do século XX afirmam que “o comportamento poderia ser modelado, alterado, enfraquecido ou fortalecido como resultado direto do ambiente, sendo a dor sensorial, “respondente”, distinta da dor “operante”, esta motivada por necessidades psicológicas” (MICELI, 2002, p.365). Mais recentemente, a teoria sistêmica e os terapeutas de família dos anos 50 afirmaram que:

Em condições de interação, é impossível não comunicar, e que toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação, sendo portanto digital-manifesta, mas também analógica-latente. Pode-se afirmar que há mais de uma forma de se comunicar a dor. [...] Assim, diante de um paciente com dor é preciso pesquisar do que fala esta dor, e o que é que ela fala. [...] são importantes não somente os contextos que contribuíram para a produção e manutenção da dor, sendo o sistema familiar um exemplo, como também o contexto que envolve o momento do diagnóstico e o tratamento oferecido. (MICELI, 2002, p. 366).

Se por um lado, porém, há evidências de que os medicamentos utilizados no controle da dor provocam efeitos colaterais muitas vezes intoleráveis, por outro a manutenção da dor é muito desgastante, gera sofrimento e pode deflagrar outras condições mórbidas. Desde 1993, estudos demonstravam que a analgesia inadequada acelerava o crescimento de tumores, sugerindo que “a dor pode matar” (CARR, 1993). Segundo o autor, a dor é mais do que sofrimento físico, e está ligada a respostas psicológicas específicas que levam a um aumento na sua intensidade e extensão. A analgesia adequada reduz morbidade, principalmente nos muito jovens ou nos idosos frágeis, melhora satisfação e qualidade de vida dos usuários e suas

famílias (CARR, 1993). Portanto, o manejo adequado dos usuários com dor crônica depende do uso racional de medicamentos e/ou intervenções, de forma que se permita o controle adequado da dor sem que haja excesso de efeitos colaterais, o que coloca os médicos, as equipes de saúde e os usuários em uma situação de equilíbrio instável.

A busca por esse equilíbrio é o principal propósito da MTC e está em consonância com os objetivos das equipes que trabalham com usuários com dor. Em um estudo realizado na Clínica de dor do HUPE — que revisou 185 prontuários de usuários do serviço de Acupuntura da clínica, entre os anos de 1998 e 2007 —, 133 (71,89%) usuários com patologias osteoarticulares da coluna relataram melhora com o tratamento com Acupuntura, enquanto 27 indivíduos apresentaram como resposta a manutenção do quadro inicial e outros 25 indivíduos não apresentaram melhora (TEIXEIRA, 2007).

Em outro estudo feito no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre, no Rio Grande do Sul), que englobou as 12 unidades de saúde do serviço e contou com 296 encaminhamentos para a especialidade de Acupuntura, foi constatado que em 279 (94,3%) encaminhamentos o motivo foi dor, e que boa parte dessas dores crônicas pode estar relacionada a atividades laborais (DALLEGRAVE, 2011). Nesse mesmo estudo, observou-se que 14% dos encaminhamentos, nos quais havia dor descrita ou subentendida, também tinham menção a outra patologia, por exemplo, úlcera gástrica ou hipertensão arterial sistêmica, as quais geralmente estão relacionadas à restrição de tratamentos convencionais, ou seja, ao uso de medicamentos alopáticos.

Os danos causados pela dor crônica são em diversos níveis, o que pode ser visto em Keefe et al. (2009) que diz que “a dor é uma experiência complexa, multidimensional e não apenas um componente sensorio, mas também cognitivo, afetivo e motivacional/comportamental”. Pessoas que convivem com a dor crônica acabam por elaborar estratégias de enfrentamento para lidarem com a dor e a incapacidade. Os autores descreveram cinco modelos de enfrentamento da dor: o modelo cognitivo/comportamental; o focalizado na emoção; o ativo/passivo; o de evitar o medo e o de aceitação. Para cada um desses modelos, existem também intervenções terapêuticas baseadas em questionários, *checklists*, escalas e adoção de medidas comportamentais, muitas das quais têm-se demonstrado eficácia na diminuição da dor e incapacidade.

Muitas pessoas utilizam como estratégia de enfrentamento da dor o chamado “alimento consolo”. Na busca de lidar com a dor, comem mais e acabam por evoluir para sobrepeso ou obesidade. A obesidade pode aumentar a dor e piorar o quadro, no caso de algumas patologias, como, por exemplo, a osteoartrite. Ao piorar a dor, comem para se

consolarem, gerando um ciclo vicioso —o aumento do volume alimentar provoca ganho de peso, que provoca aumento da dor, que leva o usuário a comer mais para lidar com a dor, e assim por diante (HADDAD, 2011).

Outro comportamento inadequado é o tabagismo, que pode proporcionar alívio da dor aguda ou da angústia, mas tem consequências potencialmente negativas com relação à dor a longo prazo. Alguns estudos concluem que a relação recíproca entre dor e tabagismo, eventualmente, resulta em aumento da dor e aumento da “fissura” em fumar (KEEFE et al., 2009).

No caso dos usuários que apresentam, além da dor crônica, a obesidade e o tabagismo, a Acupuntura tem eficácia comprovada. Em estudo realizado no Hospital Universitário de Maringá-PR, 37 trabalhadores obesos com Índice de Massa Corporal (IMC)²⁹ entre 30 e 40 receberam aplicações semanais de eletroacupuntura e auriculoterapia por 8 semanas. Ao final, observou-se redução significativa na razão cintura-quadril dos usuários e melhora no controle do apetite, sobretudo em relação ao hábito de consumir o “alimento consolo”, que preferencialmente é um doce (HADDAD, 2011). Um estudo realizado com 141 tabagistas que receberam tratamento com Acupuntura simples, Acupuntura falsa, que funciona como placebo, e Acupuntura associada a orientações educacionais mostrou que a combinação da Acupuntura com a educação demonstrou cessação do fumo em 40% e redução dos cigarros fumados em 53% após o tratamento. Esse resultado é comparável aos realizados com tratamento farmacológico com nicotina combinada com medidas comportamentais, que mostrou uma taxa de eficácia de 20% a 25% em 1 ano de seguimento (BIER, 2002). Além disso, diversos outros estudos demonstram que a Acupuntura atua no relaxamento e redução da ansiedade.

Assim, a dor é um fenômeno biopsicossocial que frequentemente requer um cuidado interdisciplinar. Além disso, fatores culturais também interferem na percepção e no manejo da dor, assim como nas estratégias de enfrentamento, como, por exemplo, expressão da dor, a linguagem, o preparo de medicamentos para melhorar a dor, os papéis sociais, expectativas e percepções do sistema de saúde (LASCH, 2002). Como exemplo, temos um estudo feito com 25 usuários com fratura do fêmur tratados com fixação de haste intramedular (fixação do osso com uma haste de metal) que comparou os usuários de dois hospitais nos Estados Unidos com um grupo de três hospitais no Vietnã. Durante os 14 dias após a lesão, os grupos dos vietnamitas receberam doses de morfina 33 vezes menores do que o grupo dos americanos,

²⁹IMC = peso/altura². Considera-se sobrepeso IMC maior ou igual a 25 e obesidade, maior ou igual a 30 (BRASIL, 2006b).

sendo que somente 2 (8%) do grupo dos vietnamitas relataram controle inadequado da dor, contra 20 (80%) do grupo dos EUA (CARRAGEE, 1999). Esse estudo demonstra como a dor é vivenciada de formas diferentes, dependendo dos fatores culturais, étnicos e raciais.

Em muitos casos, a dor persistente é interpretada como um sinal de ameaça física e, por isso, ocorre uma incompatibilidade entre o que o usuário espera —diminuição da dor— e o que realmente acontece —aumento ou dor duradoura. Nesses casos, podem ocorrer interpretações catastróficas de dor, que resultam em dor relacionada com medo, medo da dor, medo de lesão e o medo de atividade física (CROMBEZ, 2007), o que pode resultar em transtornos mentais relacionados.

Todos esses estudos demonstram a complexidade do manejo das pessoas que convivem com a dor crônica, e que raramente apresentam uma queixa única. A forma como a dor se apresenta/expressa em cada um é muito individual e variada, assim como as estratégias de enfrentamento, pois dependem das diferenças culturais dos seres humanos e de todos esses fatores associados. A relação da dor com a cultura reflete o complexo corporal, psicológico e filosófico no qual o indivíduo está inserido (GOOD, 1994b). Portanto, dor e sofrimento estão intimamente ligados, e essa experiência é muito pessoal. Segundo Good (1994b, p. 4), “a dor crônica não tem um status de anomalia na biomedicina porque é extremamente desconcertante aos médicos clínicos e acadêmicos” e, por não ter como ser aferida ou testada, pode gerar desconfiança dos familiares ou dos profissionais de saúde (GOOD, 1994b).

No caso dos brasileiros, há um fator agravante que é a falta de serviços voltados para o cuidado dessa população que sofre com a dor crônica. Se por um lado as unidades de saúde da rede pública não oferecem tratamentos eficazes, por outro, nos serviços privados os custos são muito elevados e muitos não conseguem sustentar longos períodos de tratamento. Além disso, frequentemente, esses usuários se encontram em situações de exclusão social, como a falta de redes sociais de apoio às necessidades básicas de saúde, trabalho, saneamento básico e educação. Assim, somam-se à dor crônica essas outras questões que se manifestam como sinais de sofrimento difuso³⁰ que transcendem à dor física, e se expressam como angústia, ansiedade, depressão, tristeza, insônia, medos, dores generalizadas (LACERDA, 2010).

Por causa desse sofrimento, fruto do acúmulo de carências físicas e sociais de longa data, muitas pessoas buscam variados caminhos de cura, na esperança de encontrar alívio ou resolução do problema. Esses diversos caminhos na busca de cuidado são compreendidos como itinerários terapêuticos, os quais não se restringem aos tratamentos convencionais nos

³⁰ O termo sofrimento difuso foi apropriado pelo professor Victor Valla, após ouvi-lo de um profissional em um serviço público de saúde (LACERDA, 2010).

serviços de saúde. Segundo Lacerda (2010), é através do itinerário terapêutico traçado pelos usuários da rede básica de saúde que se tornam evidentes as situações de sofrimento difuso, sendo, portanto, fundamental que a gestão do cuidado dos usuários leve em consideração todas as dimensões do sofrimento, ou seja, suas dimensões social, cultural e econômica no modo de viver e de adoecer.

2.3 DOR CRÔNICA E SEUS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

As primeiras discussões sobre itinerários terapêuticos tiveram início através de estudos socioantropológicos na década de 60do século XX (FERREIRA, 2011). Segundo a autora, os primeiros estudos sobre itinerário terapêutico no Brasil datam das décadas de 1980 e 1990, com Montero (1985), Rabelo (1993) e Alves (1993), e desde então o tema tem sofrido diversas conceituações e passado por diferentes linhas de pensamentos. Atualmente, o Itinerário Terapêutico tem sido apresentado nos estudos mais como um recurso para demonstrar trajetos de busca de cuidados (FERREIRA, 2011). Segundo Hernáez (2006, p. 4.434), os itinerários terapêuticos

São constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (Atenção Primária, urgência, etc.) [...] adotados pelos indivíduos e grupos humanos para manter ou recuperar a saúde.

Um mesmo indivíduo doente pode, simultaneamente, escolher uma variedade de condutas e tratamentos, simultaneamente ou em série, que podem ser complementares ou até contraditórios, o que nos gera um grande desafio como profissionais de saúde (GERHARDT 2006). Essa busca por cuidado e o enfrentamento de sua doença devem ser compreendidos a partir do contexto social no qualos indivíduos estão inseridos, analisando as características próprias desse contexto e suas especificidades.

Portanto, se a abordagem for centrada no sujeito de forma individual sem analisar um contexto mais amplo, pode nos conduzir a uma “interpretação cognitiva que negligencia a incorporação de cuidados no social. [...] [as relações sociais] transcendem as condutas individuais e exercem pressão sobre as escolhas; orientam, favorecem ou penalizam as

decisões” (GERHARDT, 2006 apud BENOIST, 1996, p.2.450). Assim, os “itinerários terapêuticos dependem de estratégias complexas fundamentadas na elaboração de relações sociais e de práticas de inserção social” (GERHARDT, 2006, p.2.462). As alternativas terapêuticas podem ser do tipo “informal” (automedicação, conselho ou tratamento recomendado por parente, amigo, vizinho etc.), “popular” (curandeiros, benzedeiros, “vovós”) e “profissional”. Ademais, estratégias de vida elaboradas pelos indivíduos transcorrem de acordo com suas capacidades, suas histórias de vida e suas experiências individuais, ultrapassando os limites das condições materiais de vida (GERHARDT, 2006).

No caso de indivíduos que convivem com condições crônicas, sendo esta uma das mais frequentes, esses caminhos em busca de cuidados podem ser muito longos e penosos, levando-os a procurarem toda a sorte de recursos que os auxiliem a enfrentar sua condição, incluindo desde recursos contraditórios, como, por exemplo, orientações dietéticas diferentes, até o uso de medicamentos que interagem entre si. Outro componente importante ao efeito dos tratamentos é o efeito placebo e seu oposto, *nocebo*³¹, que são inerentes a todo procedimento pelo qual se busca a cura e/ou melhoria dos seus sintomas e precisam ser considerados. O profissional de saúde deve compreender a busca por alívio da dor do usuário, sem menosprezar as diferentes formas de cuidado e as diferentes interpretações para os resultados encontrados. Para tanto, é necessária habilidade em dialogar com as diferentes formas de cuidado, como assinala Hernáez:

Uma boa prática por parte do profissional de saúde é a manutenção e o fortalecimento do contato com os promotores dos diferentes recursos com o objetivo de conhecer como se estabelece a demanda e evitar, na medida do possível, que se produzam contradições entre as instruções terapêuticas biomédicas e entre os aconselhamentos e tratamentos efetuados oriundos de outras instâncias e recursos (HERNÁEZ, 2006, p. 5).

Assim, é através da mudança de lentes para outras de maior ou menor refração que ampliamos a visão do cuidado em saúde, acrescentando novas práticas e novas racionalidades. Práticas essas que se complementam e, assim, podem auxiliar o usuário a se aprofundarem no seu cuidado, fortalecendo-o e fornecendo novas ferramentas para o enfrentamento da sua dor. Segundo Queiroz (2000, p. 364): “um aspecto teórico fundamental que unifica essas várias medicinas e práticas é a ideia vitalista de que a energia organiza a matéria (e as estruturas orgânicas) e não vice-versa”. Segundo ele, a medicina alopática já não tem mais como ampliar sua visão humana, necessitando da contribuição de outras racionalidades para tal.

³¹ Palavra derivada do latim *nocere* que significa provocar dano.

O novo paradigma pretende que outras dimensões, tais como a emoção, a intuição e a sensibilidade, tenham um papel tão importante quanto o intelecto. A OMS tem estimulado a formação de um sistema de saúde baseado em tecnologia simplificada, porém eficaz, com resgate da responsabilidade da saúde pelo indivíduo (QUEIROZ, 2000). Nesses caminhos, avançamos cada vez mais no sentido de nos aproximarmos de um indivíduo autônomo, capaz de compartilhar suas experiências e a responsabilidade na elaboração do seu plano terapêutico e na gestão do seu cuidado. A experiência pessoal, cada vez mais respeitada por sua forma subjetiva, deve ser o guia para traçarmos um caminho no sentido do equilíbrio e harmonia da saúde e da qualidade de vida.

A APS, por ser a principal responsável pelo vínculo dos usuários, pela proximidade com a população e por toda a sua lógica multiprofissional, deve ser capaz de compreender a dor não como um fenômeno isolado, mas sim inscrita em um contexto mais amplo que deve englobar as ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. Um dos caminhos para ampliar as ações de cuidado na APS pode ser a ampliação de ações e serviços baseados em outras racionalidades médicas, tais como a MTC, com o aumento do número de profissionais na rede capazes de exercer tais práticas, a capacitação em auriculoterapia, práticas corporais e em outras práticas mais simples e de fácil utilização para atuarem nos serviços já existentes, além de considerar a educação popular acerca dos diversos recursos terapêuticos no campo do saber popular em saúde.

CAPITULO 3

ABORDAGEM METODOLÓGICA

A presente pesquisa se apoia na metodologia qualitativa, pois é o que mais se aplica ao estudo das percepções e das opiniões as quais influenciam no processo de desconstrução e reconstrução das relações profissionais (MINAYO, 2013) que, na ESF, estão em constante movimento. Desde o surgimento da ESF como forma de “reorientação do processo de trabalho” (BRASIL, 2012b), ela se encontra em processo de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária e, portanto, em constante renovação e reavaliação. Assim, a metodologia qualitativa se encaixa melhor do que a quantitativa neste objeto de estudo, porque permite a captação de ideias novas oriundas das entrevistas e a construção de novos conceitos e categorias.

[...] o reconhecimento de que o setor saúde trabalha, ao mesmo tempo, com problemas coletivos e determinações biológico-sociais ou biológico social ambientais não diminui a responsabilidade do investigador de entender que todos os problemas se materializam na realidade antropológica. (MINAYO, 2013, p.65).

O desafio da interlocução de práticas oriundas de diferentes racionalidades e com diferentes *settings* só pode ser analisado a partir da pesquisa qualitativa, por fornecer uma compreensão mais aprofundada dos fenômenos sociais, enquanto que o método quantitativo seria incapaz de dar conta da análise dos “fenômenos complexos” e dos “fenômenos únicos”, assim como do “aspecto subjetivo da ação social face à configuração das estruturas societais”, como por exemplo a rede básica de saúde (HAGUETTE, 1987, p.55).

Partindo do conhecimento acerca das responsabilidades da APS —ESF e NASF—, dos princípios e diretrizes do SUS e da perspectiva da gestão do cuidado integral aos usuários com dor crônica, a pesquisa qualitativa foi utilizada no sentido de compreender melhor a percepção dos médicos de família e suas interpretações a respeito de suas práticas e de como sentem e pensam o processo de trabalho (MINAYO, 2013).

3.1 REVISÃO DA LITERATURA

Inicialmente, foi feita uma revisão bibliográfica fundamentada na pesquisa de publicações em livros, material documental, revistas e periódicos online, sendo o Lilacs,

Medline, o Scielo e o Medscape as bases de dados mais consultadas, e após a elaboração de um mapa conceitual, foi iniciada a pesquisa de campo. Entre os diversos temas revisados, destacamos: dor crônica, Acupuntura e medicina chinesa, APSe ESF, racionalidades médicas, integralidade; adoecimento e sofrimento, itinerários terapêuticos. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: Dor Crônica, Acupuntura, Terapias Complementares, Medicina Tradicional, Medicina Tradicional do Leste Asiático, Medicina Tradicional Chinesa, Assistência Integral à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, Medicina Tradicional Chinesa; e em inglês: *ChronicPain, Acupuncture, AcupunctureTherapy, Acupuncture Analgesia, Medicine ChineseTraditional, Primary Health Care, PrimaryCareNursing eFamily Practice.*

Foram consultados os livros de maior reconhecimento nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Acupuntura, Medicina Chinesa, Racionalidades Médicas e Metodologias de Pesquisa; assim como os portais eletrônicos do Ministério da Saúde, do Departamento de Atenção Básica, da SMSDC/RJ, da IASP e da SBED. Nesses sites, foram pesquisadas as publicações online, além de artigos recomendados pelos próprios textos encontrados.

A primeira etapa consistiu no mapeamento dos serviços de Acupuntura do município do Rio de Janeiro e na procura por médicos de família com formação em Acupuntura e/ou que atuassem com alguma prática da Acupuntura na APS. A pesquisa por serviços de Acupuntura se deu a partir da visita ao portal eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2014) e da consulta aos gestores do PROPIC da SMSDC/RJ.

A procura por médicos de família acupunturistas se deu a partir de três etapas:

- 1) consulta à gerência do PROPIC;
- 2) consulta por telefone e via e-mail às Coordenadorias de Áreas de Planejamento;
- 3) a partir do nosso conhecimento prévio de alguns acupunturistas, os quais se tornaram também informantes-chave de outros médicos acupunturistas.

Um levantamento de dados foi realizado pela gerência do PROPIC entre os meses de dezembro de 2014 e fevereiro de 2015, em busca de profissionais com formação em Acupuntura. Em dezembro de 2014, foi feita uma busca na base de dados da SMS/RJ e em janeiro de 2015, foi feito contato por e-mail e por telefone com os gestores das APS e com os gerentes das unidades. Em fevereiro de 2015, foram contactados todos os profissionais encontrados, por e-mail ou telefone, a fim de confirmar as informações.

Essas informações foram colhidas informalmente, pois não há um cadastro único

desses médicos como acupunturistas ou como atuantes na Acupuntura, e não há registro de tais práticas nos bancos de dados da SMS/RJ, sendo uma atividade livre, informal e de iniciativa própria dos médicos.

A segunda etapa da pesquisa consistiu na realização de oito entrevistas semiestruturadas com médicos de família e comunidade do município do Rio de Janeiro, que será explicitada mais adiante. Por último, foi feita a análise das entrevistas e a discussão do material a partir do referencial teórico estudado.

3.2 O CAMPO E OS SUJEITOS DA PESQUISA

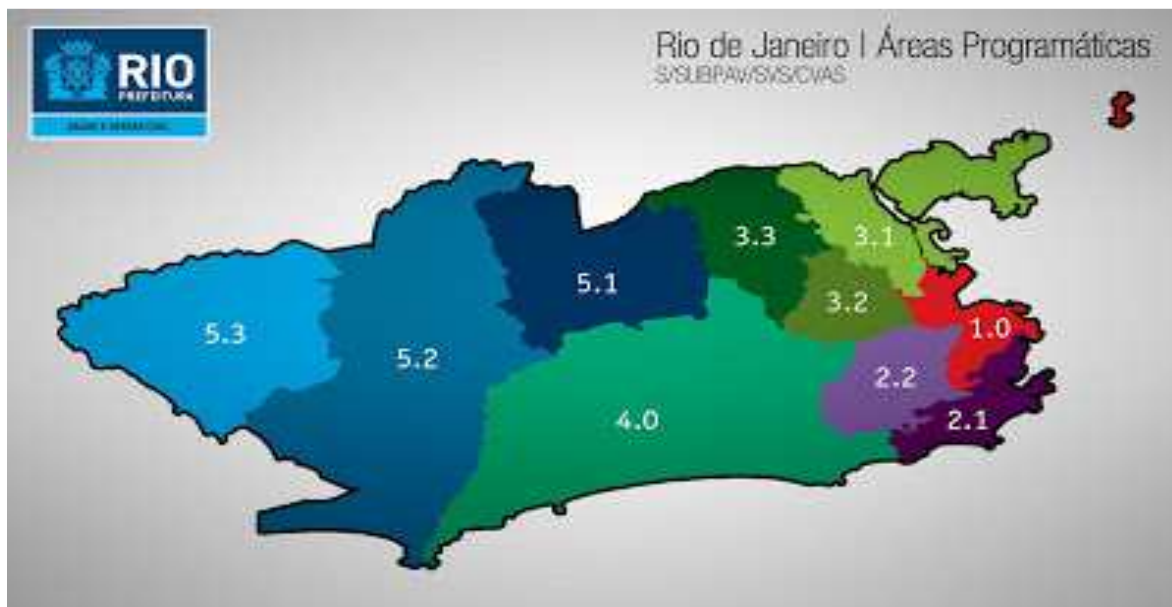
A pesquisa foi realizada no município do Rio de Janeiro, característico por ser a segunda metrópole do País, com uma área de 1.224,56 km², dividida em quatro regiões geográficas conhecidas como: Centro, Zona Norte, Zona Sul e Zona Oeste. Em 1981, o município foi dividido em setores para coordenação e planejamento, sob a codificação institucional de Áreas de Planejamento (AP), de Regiões Administrativas (RA) e de Bairros, (SMDC/RJ, 2015). Atualmente, segundo a SMSDC/RJ, existem 10 Áreas de Planejamento no município do RJ que correspondem a 10 regiões geográficas (SMSDC/RJ, 2015b) (Quadro 3 e Figura 2).

Quadro 3 – Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro

AP	Região Geográfica
1.0	Centro
2.1	Zona Sul
2.2	Grande Tijuca
3.1	Zona da Leopoldina
3.2	Grande Méier
3.3	Irajá, Madureira, Guadalupe e adjacências
4.0	Barra da Tijuca e Jacarepaguá
5.1	Realengo Bangu e adjacências
5.2	Campo Grande, Guaratiba e adjacências
5.3	Santa Cruz, Sepetiba e adjacências

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMDC/RJ, 2015).

Figura 2 – Distribuição das Áreas de Planejamento no município do Rio de Janeiro



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, 2015.

Segundo o portal eletrônico da Secretaria (SMSDC/RJ, 2015c), a MTC—Acupuntura e Práticas Corporais —é ofertada em serviços localizados nas diferentes APS da seguinte forma: a) a assistência com Acupuntura é realizada por profissionais acupunturistas, distribuídos em unidades de saúde (nível ambulatorial primário e secundário); b) a auriculoterapia é oferecida em várias unidades, inclusive por profissionais capacitados pela gestão do PROPIC, como recurso complementar aos usuários em tratamento de tabagismo, sobrepeso e obesidade; c) a Reflexologia Podal, também oferecida por profissionais capacitados pelo Programa, como prevenção e promoção ao pé diabético; e d) os exercícios orientais, que auxiliam a necessária movimentação da energia pelo corpo e usados como estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Oficialmente, a prática da Acupuntura é exercida em serviços municipais, estaduais e federais, sendo que entre as unidades municipais houve uma grande redução no número de profissionais ao longo dos anos, com especial atenção para o ano de 2014. Em outubro desse ano, era exercida oficialmente em 9 unidades municipais, com 12 profissionais, sendo 3 unidades de Atenção Primária “tipo B” (com 4 profissionais), 4 de atenção secundária (com 6 profissionais) e 2 de atenção terciária (com 2 profissionais) (Quadro 4). A distribuição dos médicos de família acupunturistas está descrita mais adiante, no Quadro 6, já que estes, apesar de fazerem parte da rede municipal, não se caracterizam oficialmente como profissionais atuantes na área de Acupuntura.

Quadro 4 – Distribuição dos serviços de Acupuntura nas unidades municipais do RJ em outubro de 2014

AP	Unidade	Tipo de unidade	Bairro	Nº de profissionais acupunturistas
1.0	CMS Ernani Agrícola	Primária – tipo B	Santa Teresa	1 médica
	Policlínica Antonio Ribeiro Neto	Secundária	Centro	1 médico
2.1	CMS Dom Helder Câmara	Primária – tipo B	Botafogo	1 fisioterapeuta e 1 médica (de licença)
2.2	Policlínica Hélio Pellegrino	Secundária	Tijuca	1 médico
	CMS Oscar Clark	Secundária	Maracanã	1 médica
4.0	H.M. Lourenço Jorge, ambulatório de ortopedia	Terciária	Barra Da Tijuca	1 médico
	Hospital Municipal Álvaro Ramos, divisão de reabilitação Vianna do Castelo	Terciária	Curicica, Jacarepaguá	1 médico
5.1	Policlínica Manuel Guilherme Da Silveira Filho	Secundária	Bangu	3 fisioterapeutas
5.3	CMS Aloysio Amâncio da Silva	Primária - tipo B	Jesuítas – Santa Cruz	1 médico
	Total			12

Fonte: Elaboração própria a partir das informações fornecidas pelo PROPIC, da SMSDC/RJ, em outubro de 2014.

De outubro de 2014 a fevereiro de 2015, porém, vários profissionais interromperam suas atividades, por motivos diversos —aposentadoria, licença médica, falta de insumos, dificuldade operacional, mudança de função dentro da unidade (no caso de dupla especialidade) —restando apenas sete unidades, com dez profissionais, sendo que dois deles dedicam somente um turno por semana para a Acupuntura —um desses atende somente servidores públicos—, um outro trabalha somente em ambiente domiciliar pelo Programa de Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), apenas dois dedicam quatro turnos semanais e uma médica está de licença. Entre esses profissionais, apenas cinco são médicos (Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição dos serviços de Acupuntura nas unidades municipais do RJ em fevereiro de 2015

AP	Unidade	Tipo de unidade	Bairro	Categoria	Número de profissionais
2.1	CMS Dom Helder Câmara	Primária, tipo B	Botafogo	Médica e Fisioterapeuta	2 (a médica está de licença)
2.2	Policlínica Hélio Pellegrino	Secundária	Tijuca	Médico	1 (4 turnos)
3.1	H.M. Paulino Werneck	Terciária	Ilha do Governador	Fisioterapeuta	1
4.0	H.M. Álvaro Ramos	Terciária	Curicica, Jacarepaguá	Médico	1 (um turno)
	H.M. Lourenço Jorge, ambulatório de ortopedia	Terciária	Barra Da Tijuca	Médico	1 (um turno para servidores)
5.1	Policlínica Manuel Guilherme Da Silveira Filho	Secundária	Bangu	Fisioterapeuta	3
5.3	CMS Aloysio Amâncio da Silva	Primária, tipo B	Jesuítas – Santa Cruz	Médico	1 (4 turnos)
	Total				10 (5 médicos)

Fonte: Elaboração própria a partir das informações coletadas pelo PROPIC, da SMSDC/RJ, em março de 2015.

Considerando toda a rede de saúde do município e seus diferentes níveis de gestão (federal, estadual e municipal), havia, em 2014, 22 unidades com 37 acupunturistas cadastrados (CNESNet, 2014), o que acrescentaria a esse quadro as unidades: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (ilha do Fundão), Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (Tijuca), Hospital Federal dos Servidores do Estado (Gamboa), INCA/Hospital do Câncer I (Centro), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (São Cristóvão), Policlínica Piquet Carneiro (São Francisco Xavier), Hospital Estadual Anchieta (Anchieta), Instituto de Hematologia Hemorio (Centro), Hospital Universitário Pedro Ernesto (Vila Isabel), Hospital Escola São Francisco de Assis (Praça Onze).

Curiosamente, em março de 2015, o número de profissionais cadastrados no portal CNESNet aumentou de 37 para 40 profissionais, o que não condiz com as informações coletadas pelo gestor do PROPIC, responsável apenas pela gestão municipal. Provavelmente, os dados cadastrais do CNESNet não correspondem à realidade, talvez por falta de atualização do banco de dados. Não foi feita a pesquisamais detalhada por profissionais acupunturistas lotados nas redes estadual e federal porque, pelo fato de serem setores que

atendem primordialmente outros níveis de densidade tecnológica, que não a Atenção Primária, fogem ao objetivo de estudo.

Além da rede descrita, existem 11 médicos de família com formação em Acupuntura que trabalham nas unidades de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, sendo 1 deles no NASF da AP 2.2 (Quadro 6). Apenas 6 deles aplicam algumas das práticas de Acupuntura/Medicina Chinesa como atividade opcional da Carteira de Serviços do município (SMSDC, 2011).

Quadro 6 – Distribuição dos médicos de família acupunturistas na APS

AP	Unidade	Tipo de unidade	Bairro	Número de profissionais
1.0	CMS Marcolino Candau	B	Praça Onze	1
	Clínica da Família Sergio Vieira de Melo	A	Catumbi	1
2.1	Clínica da Família Chapéu Mangueira Babilônia	A	Leme	1
	Clínica da Família Maria do Socorro	A	São Conrado	1
	Clínica da Família Albert Sabin	A	Rocinha	1
2.2	NASF			1
3.1	Centro de Saúde Escola Germano Sival Faria	B	Manguinhos	1
	Clínica da Família Joãozinho Trinta	A	Parada de Lucas	1
	Clínica da Família Assis Valente	A	Ilha do Governador	1
	Clínica da Família Nagib Jorge Farah	A	Jardim América	1
5.2	Clínica da Família Alkindar Pereira Filho	A	Guaratiba	1
	Total			11

Fonte: Elaboração própria a partir das informações colhidas nas etapas da pesquisa, março de 2015.

3.3 ENTREVISTAS

A técnica de coleta utilizada, a entrevista, foi escolhida como uma forma privilegiada de interação, que está sujeita à mesma dinâmica das relações existente na própria sociedade (MINAYO, 2013, p.262). Trata de compreender melhor as relações, tais como a relação estabelecida pelos profissionais com suas práticas e as relações entre os profissionais da ESF e do NASF e destes com outros profissionais da RAS, e possibilita que a fala dos

entrevistados revele questões estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, transmitindo, ao mesmo tempo, as representações dos entrevistados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 1992). A partir do interior da fala de uma pessoa, pode-se compreender melhor as ideias que surgem, em uma atitude de empatia, que exige esforço, mas não exclui a intuição, na medida em que em cada novo entrevistado é necessário fazer uma abstração de si próprio e das entrevistas anteriores (BARDIN, 2011). A entrevista pode ser definida como:

Um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado (HAGUETTE, 1987, p.75). É um roteiro inteligente da conversa que o pesquisador terá com seu interlocutor, [...] um recurso de captação de informações em que a interação entre pesquisador e interlocutor é máxima. (COSTA, 2001, p. 75).

Tem como vantagens: respostas imediatas, possibilidade de análise de expressões verbo-corporais e explicações complementares ao interlocutor (COSTA, 2001) e é mais adequada para obter informações sobre o que as pessoas e grupos sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, bem como suas justificativas ou representações a respeito desses temas (VASCONCELOS, 2002). Abordamos, nesta pesquisa, questões acerca dos significados e intencionalidades na prática da Acupuntura, permitindo descobrir novos processos sociais e construindo novas abordagens, conceitos e categorias, ao transitar pelo caráter subjetivo e integral dos temas em estudo (MINAYO, 2013).

No entanto, a entrevista pretende ir além da coleta de dados, pois traz elementos da interação social entre entrevistador e entrevistado e com outros dois componentes: a situação da entrevista e o instrumento de captação de dados, que é o roteiro da entrevista, elaborado previamente (HAGUETTE, 1987). Permite um aprofundamento das subjetividades, gerando um material rico de sentimentos, experiências, opiniões e atitudes, sendo também considerada uma “conversa com finalidade” (MINAYO, 2013).

A entrevista semiestruturada, modalidade escolhida para a pesquisa (Apêndice 2), combina perguntas fechadas e abertas, e o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada, permitindo que o interlocutor desenvolva livremente o relato de suas histórias e suas ideias com relação à sua experiência. Ao obedecer a um roteiro, a entrevista semiestruturada facilita o entrevistador e assegura que as hipóteses ou os pressupostos sejam cobertos na conversa, não perdendo sua flexibilidade, pois o interlocutor tem liberdade de expor novas questões não levantadas pelo

entrevistador, mas que tenham relevância no tema (MINAYO, 2013).

O local de realização das entrevistas foi escolhido conforme a maior comodidade dos entrevistados, menor possibilidade de interrupção por ruídos, pessoas ou quaisquer outros componentes que interrompessem a entrevista. Variou entre o consultório médico das próprias unidades de saúde onde trabalham, consultório particular, biblioteca e até nas suas residências.

Não foi predefinido o tempo de duração, variando entre 10 minutos e 55 minutos, de acordo com o interesse dos entrevistados, sendo a média de duração de 24 minutos. Durante as entrevistas, foram formuladas perguntas com o objetivo de incentivar o entrevistado a falar mais sobre o tema, somente no caso de eles não relatarem espontaneamente. As entrevistas foram registradas com gravador digital e posteriormente transcritas para análise. As informações obtidas por meio dessa pesquisa foram confidenciais. Serão guardados os arquivos de áudio durante 5 anos, em caso de necessidade de se recorrer a esse material, e, em seguida, eles serão destruídos.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A escolha dos entrevistados foi feita baseada nas informações colhidas com médicos de família, gestores e outros profissionais da rede municipal de saúde. Os critérios de inclusão foram: médicos de família, com formação em Acupuntura e/ou que tivessem alguma experiência prática com Acupuntura/Medicina Chinesa na APS, que estivessem trabalhando na ESF do Rio de Janeiro no momento da entrevista. Tanto a Acupuntura quanto a Medicina de Família e Comunidade são exercidas na prática por médicos que não necessariamente têm titulação e, por isso, ela não foi exigida em nenhuma das duas especialidades. Este trabalho não pretende abordar os acupunturistas que não têm formação médica porque o seu foco é a reflexão sobre a prática médica. Por esse motivo, excluímos todos os profissionais acupunturistas que não têm essa formação.

A quantidade de entrevistas foi definida pelo critério de saturação, ou seja, quando os dados obtidos passaram a apresentar redundância ou repetição, não sendo mais relevante persistir na coleta de dados, foi interrompida a captação de informações. Os critérios para atingir a saturação teórica foram: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados (FONTANELLA, 2008).

Para não haver identificação dos médicos entrevistados, a eles foram dados nomes fictícios neste trabalho, escolhidos aleatoriamente. O médico do NASF, apesar de não ter especialização em Acupuntura nem ser médico da rede de referência da ESF, foi incluído

entre os entrevistados por ter titulação em Medicina de Família e Comunidade, conhecimento e prática da técnica do agulhamento seco por meio da área de atuação em Clínica de Dor e atuação na APS, via NASF.

3.50 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Foram encontrados 11 médicos de família com formação em Acupuntura, sendo 1 dessestauante do NASF. Entre eles, foram contactados 8 médicos, e todos os que entramos em contato concordaram em responder a entrevista com a gravação. Ao final das 8 entrevistas, foi alcançado o critério de saturação e foram iniciadas as análises. Entre os entrevistados, 3 eram homens e 5 eram mulheres. A faixa etária variou de 25 a 45 anos, sendo 1 entre 25 e 29 anos, 4 entre 30 e 34 anos e 2 entre 40 e 45 anos (Figuras 3 e 4).

Figura 3 – Faixa etária dos entrevistados

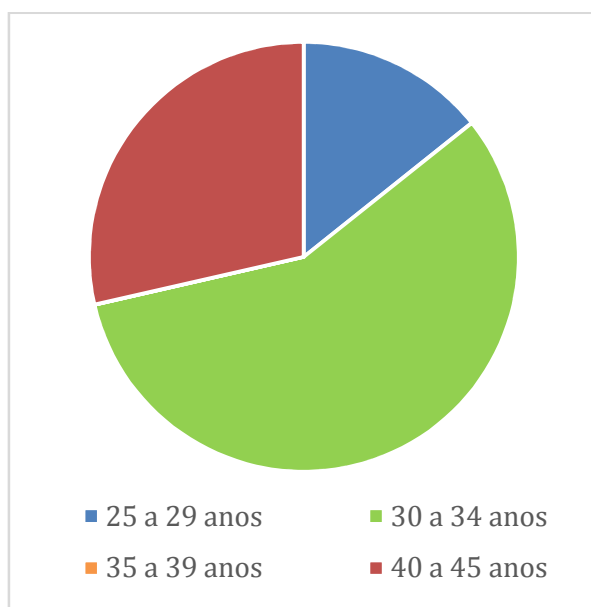
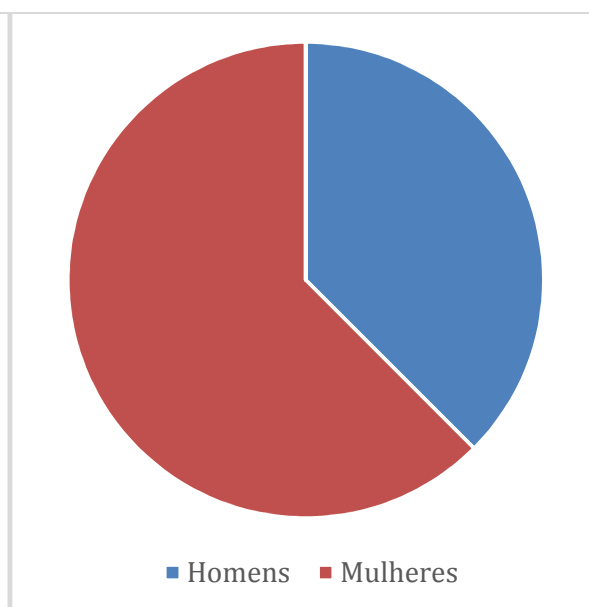


Figura 4 – Sexo dos entrevistados



Fonte: elaboração própria

Dos entrevistados, seis médicos tinham titulação em Medicina de Família e Comunidade, sete tinham especialização em Acupuntura e cinco tinham tanto titulação em Medicina de Família e Comunidade quanto Especialização em Acupuntura. Esse perfil demonstra que, tanto a prática da Acupuntura quanto a da Medicina de Família e Comunidade podem e são exercidas mesmo sem a titulação nessas especialidades.

O Contrato de trabalho de todos era feito a partir das Organizações Sociais de Saúde (OSS) com vinculação pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e o cargo ocupado

variou entre médico da ESF (4), preceptor de Residência de Medicina de Família e Comunitada Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (3) e médico do NASF (Clínica Médica) (1). O tempo de trabalho nas unidades variou entre 1 mês e 6 anos e 4 meses, com média igual a 2 anos e 2 meses e uma mediana de 2 anos.

Quadro 7: Formação Profissional dos entrevistados

Titulação em Medicina de Família e Comunidade	Especialização em Acupuntura	Ambos
6	7	5

Quadro 8: Cargo dos entrevistados

Médico da Estratégia de Saúde da Família	Preceptor de Residência Médica	Médico do NASF
4	3	1

Fonte: elaboração própria

Entre os oito médicos entrevistados, dois não praticavam a Acupuntura na APS no momento da entrevista, por motivos distintos. O primeiro, por acreditar que a oferta de tais práticas à população geraria uma demanda muito grande e incapaz de ser absorvida por ele, gerando insatisfação. A outra médica, preceptora de Residência de MFC, alegou que “ainda não tinha se organizado para oferecer a Acupuntura”, mas que pretendia, em breve, inclusive aplicando conhecimentos de Medicina Chinesa com os residentes. Ela relatou aplicar auriculoterapia nos usuários em tratamento para o controle do uso do tabaco.

3.6 PLANO DE ANÁLISE

Na segunda etapa da pesquisa, foram realizadas as entrevistas e, posteriormente, as transcrições para análise do material. A análise das entrevistas foi feita em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise consistiu na transcrição do material (entrevistas) na íntegra, na leitura exaustiva do material, na formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores, concluídos em função das hipóteses (BARDIN, 2011). Esses indicadores foram organizados em categorias e subcategorias de acordo com os eixos temáticos:

- 1) Acupuntura no cuidado aos usuários com dor crônica;
- 2) Gestão da prática da Acupuntura;
- 3) Oferta e contribuições da Acupuntura na APS —relação entre oferta e demanda;
- 4) Novos desafios —Acupuntura no NASF.

A preparação do texto foi feita separando-se trechos das entrevistas e sistematizando-os dentro das categorias de análise. Foi priorizada a metodologia de análise categorial, que funciona pelo desmembramento do texto em unidades em categorias, segundo agrupamentos analógicos, porque o objeto de estudo (as entrevistas) compõe-se de discursos diretos e simples, sem necessidade de uma avaliação mais específica (BARDIN, 2011).

Além disso, foi pesquisada a frequência de aparição das palavras dor, cefaleia, dismenorreia e o sufixo “algia”, com o objetivo de analisar a percepção da prática da Acupuntura especificamente no contexto da dor. Posteriormente, os trechos das entrevistas foram relidos e correlacionados, depois foram elaboradas as hipóteses. O referencial teórico foi revisto e novos assuntos foram incorporados a ele, a fim de discutir as ideias novas que surgiram a partir das entrevistas. Para o tratamento dos resultados e elaboração da discussão, foi evitado extremo rigor matemático, a fim de extrair mais e melhores informações em detrimento de exageros no método.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado e obteve aprovação pelos Comitê de Ética de Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, com a elaboração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CAAE número 31002514.2.0000.5240. A pesquisa foi iniciada somente após a sua aprovação. Durante as entrevistas, foi informado que a identidade dos entrevistados seria sigilosa, que a participação seria opcional e que a recusa ou desistência por parte dos profissionais não traria prejuízos nas relações com as instituições as quais estivessem vinculadas.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A PRÁTICA DA ACUPUNTURA NO CUIDADO INTEGRAL AOS USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ao finalizar o mapeamento da oferta das práticas de Acupuntura na Atenção Primária à Saúde da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, foram encontrados, em fevereiro de 2015: sete serviços oficiais de Acupuntura em funcionamento, com um total de dez profissionais, sendo cinco médicos e cinco fisioterapeutas, fazendo supor que a especialidade tem oportunizado espaço de trabalho para diferentes profissionais da saúde, sendo ainda um número reduzido em vista da densidade populacional do município. Não consideramos aqui os serviços estaduais e federais por haver discordância de dados entre o cadastro do CNES e as informações mais atualizadas do PROPIC e por não ter sido realizada uma procura mais detalhada por esses profissionais, pelos motivos já expostos acima.

No mapeamento total realizado, foram identificados 11 médicos de família acupunturistas, 6 dos quais exercendo alguma prática de Acupuntura na ESF, mesmo que não contratados para exercer esta prática na ESF, o que pressupõe certa fragilidade institucional sobre a decisão de oportunizar e estruturar a Acupuntura na APS e no SUS. Ou seja, existem mais médicos acupunturistas atuando extraoficialmente na ESF do que médicos acupunturistas oficiais na rede municipal de saúde.

Entre os 11 médicos de família encontrados, foi necessário realizar 8 entrevistas até se atingir o critério de saturação previsto na metodologia do estudo: 2 médicos entrevistados não exerciam a Acupuntura no momento da entrevista por motivos ligados à organização do processo de trabalho, que não era favorável à oferta desse serviço, mas os outros 6 atuavam com a Acupuntura durante a sua prática como médicos de família nas UBS, conforme anunciado acima.

Lembramos que para se pensar sobre as contribuições da Acupuntura aos usuários com dor crônica, foi fundamental realizarmos certa tipologia das práticas ofertadas à população. Assim, as práticas de Acupuntura encontradas variaram de acordo com o serviço onde estavam instaladas, e podem ser feitas segundo a visão da Medicina Chinesa, da AMC ou de ambas.

Iniciaremos a discussão abordando os principais motivos que levaram os médicos de família entrevistados a introduzirem a Acupuntura nas suas práticas cotidianas, suas motivações pessoais e indicações para o agulhamento, no contexto dos usuários com dor crônica, que é o objeto de estudo desta pesquisa.

A seguir, nos subcapítulos, incluiremos os temas que surgiram na fala dos entrevistados, separados em categorias de análise e subdivididas em subcategorias, de maneira a propiciar maior clareza à leitura e de acordo com a metodologia proposta; assim organizados:

4.1: Acupuntura no cuidado aos usuários com dor crônica;

4.2: Gestão da prática da Acupuntura;

4.3: Oferta e contribuições da Acupuntura na APS: relação entre oferta e demanda de serviço de Acupuntura na APS;

4.4: Novos desafios: Acupuntura no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

4.1 ACUPUNTURA NO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM DOR CRÔNICA

Todos os médicos entrevistados que praticavam a Acupuntura na APS responderam que selecionavam usuários que seriam atendidos com Acupuntura e que não atendiam usuários fora do território de abrangência da sua unidade de saúde. A queixa principal dos usuários selecionados pelos entrevistados para o tratamento com Acupuntura foi a dor, independentemente de ser aguda ou crônica, como especificou João ao dizer que: “80% tem relação com dor, os outros 20% são umas queixas mais específicas que eu acho que tem uma melhora significativa com Acupuntura” (João).

Ficou claro que uma preocupação de João foi a limitação da indicação de casos para tratamento de dor, quando afirmou: “Hoje, infelizmente, eu estou muito limitado à dor. Quando é que o médico de família que faz residência comigo faz Acupuntura? Muito relacionado à dor” (João).

Ao fazermos um levantamento de dados de frequência da aparição das palavras: dor, cefaleia, enxaqueca, migrânea—sinônimo de enxaqueca —, dismenorreia —dor em cólica associada ao ciclo menstrual —e “algia” —sufixo relativo a dor —nas entrevistas; observamos que a palavra dor apareceu 208 vezes, e as palavras: cefaleia, 2 vezes, enxaqueca, 2 vezes e dismenorreia, 1 vez (Quadro 9). A palavra migrânea e o sufixo “algia” não apareceram nenhuma vez durante as entrevistas.

Quadro 9: Frequência de aparição das palavras por entrevistado

Entrevistados	Dor	Cefaleia	Enxaqueca/ Migrânea	Dismenorreia
Felipe	11	0	0	0
Janaina	21	0	0	0
Maria	2	0	0	0
Mauro	90	0	0	0
Ana	19	0	2	0
Monica	13	0	0	0
João	37	0	0	1
Tania	15	2	0	0
Total	208	2	1	2

Fonte: elaboração própria

Talvez isso reflita a valorização da dor como principal motivo para a aplicação de agulhas de Acupuntura pelos médicos entrevistados, mesmo considerando o tipo de dor e a sua variabilidade de tempo de duração, entre os entrevistados.

A médica Tania acredita que os casos de dor aguda respondem melhor à Acupuntura e não demandam muitos retornos, por isso ela prioriza esses casos para o agulhamento:

Vem uma pessoa com dor, um torcicolo, uma dor no ombro, uma dor no joelho, uma cefaleia [...], atendo mais é pra crise de dor mesmo, o que eu acabo fazendo mais é isso. [...] Geralmente é adulto, idosos, que estão com dor aguda. Esse é o perfil mais que eu acabo fazendo. (Tania).

O atendimento à dor aguda não é a prioridade de grande parte dos entrevistados. Muitos médicos valorizam a dor crônica como queixa principal para o agulhamento, sendo inclusive uma preocupação de Maria a supervalorização da dor crônica em detrimento de outras situações em saúde: “O meu medo é cair só naquele negócio de pacientes justamente com a dor crônica. Pra gente também aproveitar outros casos”.

Entretanto, inegavelmente, todos afirmaram que a Acupuntura demonstra bons resultados no tratamento dos usuários com dor crônica e, por esse motivo, essa é sua principal indicação, como exemplificou Monica:

Eu tenho uma senhora aqui que diz que melhorou de todas as dores dela, e é a pior ressonância que eu já vi na minha vida. Ela tem hérnia em vários locais. Por algum motivo ela melhorou da dor crônica. (Monica).

A dor crônica não é só a principal queixa para a realização do procedimento de Acupuntura, mas é também uma das principais queixas na APS, sendo muito prevalente na população (SBED, 2013), como lembrou João:

Se a gente fosse falar de dor, que é algo extremamente prevalente na Atenção Primária, né? E pensando que, inclusive os próprios documentos da IASP falam de forma muito clara da importância do papel da Atenção Primária no tratamento de dor [...], sem dúvida a Acupuntura é muito importante. (João).

A SBED propõe uma Política Nacional de Saúde em Dor para contornar a falta de diretrizes no manejo dos usuários (SBED, 2013), o que poderia auxiliar diretamente os profissionais da Atenção Primária que não têm formação no campo e que necessitam do suporte para a educação permanente. Um dos entrevistados tem um projeto de criar um protocolo para abordagem da dor mecânica para médicos de família, o qual facilitaria o processo de aprendizagem do médico na utilização de técnicas de Acupuntura específicas para a dor:

A ideia é que ainda os médicos de família inicialmente seriam capacitados por um protocolo inicial em que eles seriam treinados. Depois, por um tempo, seria um segundo estágio, eles iriam aplicar sozinhos nas suas práticas, ter uma vivência pessoal, [avaliar] se aquilo era factível ou não, e continuariam sendo tutoriados, né? Aí depois esse pessoal que já tivesse formado um grupo grande o suficiente, ia se juntar para criticar e propor um protocolo final. E aí depois seria a validação[...] pelos médicos de família que participaram do projeto. Serão quatro fases, bem definidas e estava previsto que houvessem tutores das outras especialidades relacionada a dor, médicas e não médicas. (Mauro).

O médico acrescenta que a dor crônica, mais especificamente a dor mecânica, pode ser classificada por ritmos, e isso ajudaria a trilhar as “bandeiras amarelas e vermelhas”, isto é, os sinais de alerta pautados na qualificação, quantificação e o contexto da dor.

Dor mecânica como sendo uma classificação por ritmos. É fora do que geralmente se faz de classificação para dor em geral. Mas pro médico de família isso parece ser uma maneira fácil de você trilhar [...] as principais bandeiras amarelas e vermelhas de uma vez só. Se você identifica que ela é mecânica, você já... significa que ela não é inflamatória, que ela não é relacionada, talvez, a neoplasia, relacionada a inflamação primária, ela não é isquêmica, não é uma dor por necrose em andamento, não é uma dor em cólica que vai puxar pra outro canto, [...] quando você faz esse enxugar e, dependendo de como você descreve, você já coloca assim o tipo, a qualidade da dor, o local, a irradiação e a circunstância em que ela acontece, você já tira boa parte dos diagnósticos só daí. (Mauro).

Essa classificação descrita por Mauro contempla um dos objetivos da Política Nacional de Saúde em Dor proposta pela SBED (2013), pois auxiliaria os médicos de família a realizarem tais classificações e identificarem as situações de alerta. Mauro prioriza as situações de dor mecânica, ou seja, musculoesquelética, nos seus atendimentos, em detrimento de outros tipos de dor que talvez necessitassem de outros especialistas em outros níveis de densidade tecnológica, como concordou Ana:

Então eram basicamente casos de dor musculoesquelética, como eu te falei, que ou tinham uma contraindicação pra medicação ou a medicação não estava apresentando resultado. Basicamente isso. (Ana).

Nesse relato, Ana acrescentou os critérios contraindicação e falência do tratamento medicamentoso ao indicar o uso da Acupuntura nos seus usuários com dor crônica. Portanto, os critérios tempo de dor —aguda ou crônica—, contraindicação a outros tratamentos e a falência do tratamento convencional da dor foram evidenciados na fala de vários entrevistados, como podemos ver a seguir:

Eu uso dois critérios: um é a questão do tempo da dor. Porque geralmente quando a pessoa tem muito tempo de dor, ela já testou as coisas convencionais. Então ela já testou analgésicos, já testou anti-inflamatório e não teve sucesso. E a outra coisa também... eu acho que é basicamente a falência, eu diria. Com esses métodos convencionais. Que aí eu tento a Acupuntura. (Janaina).

Ah, então, são as minhas pacientes que por algum motivo não estavam respondendo à dor... as medicações tradicionais de dor. [...] E aqui eu comecei logo no início por causa das questões das dores crônicas mesmo. Principalmente em senhorinha que não pode mais tomar anti-inflamatório, essas coisas, e a gente dava um jeito de encaixar no final do dia. (Monica).

Janaina, Ana e Monica trouxeram em comum no discurso condições associadas à dor crônica que influenciavam negativamente na realização do tratamento convencional —a contraindicação às medicações e a falência com as medicações —,impulsionandoos usuários a buscarem outros tipos de tratamento. A prática clínica ocidental tem como principal ferramenta de trabalho a medicação, seja anti-inflamatório, antibiótico, antidepressivo, entre outros, que atuam no processo de cura ou alívio da doença em oposição aos mecanismos fisiopatológicos, enquanto que a Medicina Chinesa opera sob uma cosmologia “cujo princípio é uma visão holística do homem, através da conceituação positiva de saúde e noções de equilíbrio (alternância harmoniosa) e de energia/*Qi* (essência ou sopro vital)”(MOTA, 2009,

p.104). Portanto, o pensamento chinês não opera na lógica da oposição aos fenômenos fisiopatológicos, mas sim na busca de um equilíbrio, de uma harmonização dos sistemas envolvidos, no que podemos chamar de “conceituação positiva” da saúde.

Partindo do princípio de que os medicamentos anti-inflamatórios não são eficazes no cuidado aos usuários com dor crônica, assim como outros tratamentos do modelo biomédico, a principal motivação dos médicos entrevistados para exercerem a prática da Acupuntura foi observar que esta proporcionava eficácia terapêutica para o tratamento da dor e dos sintomas associados, sem haver necessidade do uso de medicações que causassem efeitos indesejáveis, como podemos ver na fala a seguir:

É uma coisa superviável. Na minha concepção, né? Que melhora muito a qualidade de vida das pessoas. Sem ficar viciado em diclofenaco. Porque o mundo ama diclofenaco, injetável ou oral. Às vezes chega gente aqui pedindo injeção de diclofenaco. E fora a questão do sono e todas as outras coisas que a Acupuntura se propõe, que não é só pra dor, né? (Monica).

A médica denunciou nesse relato a ocorrência do abuso de anti-inflamatórios pelos usuários com dor crônica, que a longo prazo poderia causar danos devido aos seus efeitos adversos, caracterizando um ato da iatrogenia³². Monica citou também a possibilidade de tratamento da insônia com Acupuntura e afirmou que a estase propõe a tratar de “outras coisas”, o que podemos transpor para a compreensão da capacidade intrínseca da Medicina Chinesa de ter uma visão holística e que considera outros aspectos, subjetivos, e outras dimensões embutidas no processo de adoecimento e sofrimento:

É dentro da procura por uma visão holística do homem, valorizando aspectos de integralidade que alguns autores, como Luz e Carrara, situam a emergência desta técnica terapêutica [Acupuntura] na sociedade ocidental. Nesse sentido, eles a colocam como uma alternativa, como um contraponto ao modelo Biomédico dominante. Nessa premissa está a razão da motivação para que médicos e pacientes comecem a aderir a esta prática terapêutica. (MOTA, 2009, p.126).

Tais aspectos citados por Mota (2009) são fundamentais na prática do médico de família, que é responsável por “assistir a pessoa como um todo”, o que significa considerar o princípio da integralidade e valorizar as queixas em todas as suas dimensões—física, emocional, espiritual. Dessa forma, a Medicina de Família e Comunidade dialoga

³² Iatrogenia significa dano causado por atitudes médicas, e abrange tanto os danos materiais (uso de medicamentos, cirurgias desnecessárias, mutilações etc.) quanto psicológicos (psicoiatrogenia), causados ao paciente não só pelo médico como também por sua equipe (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais) (TAVARES, 2001).

harmonicamente com a Medicina Chinesa, já que integralidade é um dos princípios do SUS e é tão fundamental na visão do médico de família e comunidade, como podemos ver na fala de Janaina:

A gente já teve pacientes com dor crônica de anos que não é só a dor física, ela tem uma série de fatores que acabam perpetuando aquele ciclo de dor, que quando você vê como médico de família você não vai olhar só pra dor. Você vai olhar para o paciente como um todo(Janaina).

A compreensão do usuário como um todo é importante no tratamento da dor, desde o primeiro atendimento até o acompanhamento e a continuidade do cuidado, já que o arsenal medicamentoso é muito ineficaz. De acordo com a PNAB (BRASIL, 2012b), é atribuição comum a todos os profissionais da Atenção Primária “responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde” (2012b, p.48), o que inclui situações em que o usuário faz acompanhamento em outros serviços, mas mantém o vínculo com os profissionais da UBS.

A partir do vínculo e do olhar integral ao usuário com dor crônica, ficam evidentes diversas situações de sofrimento difuso, que levam os usuários à busca incessante por tratamento, sem que seja possível a resolução completa do quadro dada a complexidade do sofrimento inscrita em dimensões mais amplas —social, cultural, econômica, espiritual(LACERDA, 2010).Portanto, como relatou médico Mauro, “tratar a dor é um instrumento pra vida”, pois auxilia no alívio do sofrimento humano e melhora a qualidade de vida. Segundo ele, essa deve ser a visão da Atenção Primária, sendo fundamental o papel da Acupuntura em todos os níveis de prevenção (primária, secundária, terciária e quaternária). Como exemplo de prevenção terciária no contexto da dor, temos a prevenção da sua cronificação, conforme assinalou João:

O médico de família é o médico mais apropriado para evitar que a gente tenha dores crônicas desnecessárias. Ou seja, fazer o tratamento rápido daquele paciente com uma dor aguda, não tratada, maltratada por outros médicos nas unidades de emergência, né? E aí usar a Acupuntura como uma das ferramentas... (João).

Já no nível quaternário, temos a prevenção da iatrogenia, conforme o relato do Felipe:

Porque eu acho que a Acupuntura tem a capacidade de resolver precocemente, antes que o paciente faça uma peregrinação no sistema de

saúde, em que ele vai precisar de um monte de exames, um monte de encaminhamentos, né? Um monte de SISREG... sendo corretamente indicado, esses pacientes já seriam desviados dessa rota (Felipe).

A peregrinação a que se refere Felipe é relativa ao excesso de consultas, exames, diferentes especialistas de diferentes profissões, que se sentem “compelidos a fazer alguma coisa” e que podem acabar cometendo danos, ou atos iatrogênicos pelo excesso de procedimentos, como descreveu Felipe:

Toda vez que não há uma demanda atendida, toda vez que o paciente traz uma queixa que não vai ser resolvida, ou então que ele precisa ser novamente investigado porque aquilo no final não resolveu, aquilo vai gerar mais consultas, mais exames, às vezes repetitivos. Então o paciente já fez vários RX, o paciente já foi várias vezes ao ortopedista, e já fez várias vezes fisioterapia, ele já... e aí ele recomeça do início porque chega o paciente com a queixa e o médico se sente compelido a fazer alguma coisa, entre aspas, né? (Felipe).

Esses atos iatrogênicos são consequência da existência do que, posteriormente, ele veio chamar de queixas “insolúveis” no modelo tradicional biomédico e que poderiam ser resolvidas com a Acupuntura sem a necessidade de o usuário passar pelo extenso itinerário terapêutico ao qual muitos são submetidos até conseguirem o alívio adequado do seu sofrimento. O maior desafio para o profissional de saúde, quando se depara com um usuário com um itinerário terapêutico que mostra uma variedade muito grande de condutas, é que muitos desses tratamentos podem ser até contraditórios (GERHARDT, 2006). Para o paciente, o dano maior, além da “peregrinação” descrita pelo Felipe, são os atos iatrogênicos consequentes à necessidade de se fazer alguma coisa pelo usuário. Segundo Felipe, a Acupuntura pode encurtar esse itinerário terapêutico, agindo precocemente no cuidado ao usuário com dor crônica:

Acho que o maior impacto da Acupuntura seria num grupo de pacientes... geralmente pacientes idosos, portadores de dor crônica que tem queixas insolúveis dentro do sistema tradicional. Então seriam esses pacientes que se queixam que “dói tudo” e já foram ao ortopedista, o ortopedista passou fisioterapia, mas aí fez... ou não fez... e aí depois a dor voltou e tomam anti-inflamatório... Eles vivem em busca de uma solução que, dentro da minha percepção de acupunturista, eu sei que a Acupuntura poderia ajudá-los e que, ao mesmo tempo, os meios assim mais convencionais não tem como resolver. Eles caem num buraco negro em que é muito difícil de sair. (Felipe).

O relato acima se refere ao modelo biomédico como o “tradicional” que, em determinadas situações, encontra um “buraco negro” do qual é muito difícil sair. A experiência trazida por Felipe era de que as queixas de dor crônica, “insolúveis” no modelo biomédico, não encontrariam respostas nem tratamento adequado se não buscassem outras alternativas. Essa mesma ideia foi compartilhada pelos outros médicos entrevistados, o que os impulsionou a utilizarem técnicas de Acupuntura e de Clínica de Dor, independentemente de incentivo da gestão ou da especialidade médica, pelo fato de acreditarem que essa inserção seria eficaz.

O modelo biomédico pautado nas doenças e nas lesões não responde às demandas e necessidades dos sujeitos em toda a sua complexidade, como, por exemplo, para a melhoria da qualidade de vida, de transtornos mentais, do sono, da ansiedade, para as quais a Acupuntura pode ter uma boa resposta. A Acupuntura também pode auxiliar na desmedicalização ou para evitar o excesso de medicamentos, como exemplificou João:

A minha ideia é, como tempo, pensar um pouco melhor isso para que eu possa extrapolar para uma série de questões que como acupunturista é muito interessante. [...] E aí vai uma série de casos como: dismenorreia, alguns quadros mentais mais brandos mas que você vê assim: para que eu vou medicalizar esse cara se eu consigo... [tratar com Acupuntura]? Ou até transtornos mentais muito graves que você vê claramente que vai melhorar. (João).

Também foi sinalizada a possibilidade de se utilizar a Acupuntura junto a um grupo de tabagismo da UBS, com o intuito de auxiliar no controle do uso do tabaco. Maria tem tido essa experiência e afirmou que: “Os pacientes adoram. [...] É um grupo restrito que a gente tem feito, só o grupo do tabagismo, mas é aquele negócio de novo – é mais uma ferramenta que a gente pode ofertar e que pode ser utilizada pelos pacientes” (Maria).

Em seu relato, Maria referiu-se à auriculoterapia, que ela utiliza como tratamento adjuvante de usuários que fazem tratamento para o controle do tabaco. Essa técnica é oriunda da Medicina Chinesa e consiste na fixação de sementes de mostarda em pontos de Acupuntura localizados na orelha. Os pontos são determinados segundo o pensamento vitalista da MTC, apesar de seguirem um protocolo bem definido.

A influência do pensamento vitalista no modo de pensar e agir dos médicos entrevistados reflete que as culturas ocidental e oriental se misturam e se contaminam na prática e que “apesar de diversos modelos explicativos coexistentes, incluindo os que se colocam no campo da cientificidade, é a atitude “subjetiva” que impera no relacionamento

entre médicos e pacientes”(MOTA, 2009, p.168).Em sua pesquisa de doutorado, Mota (2009) observou que os médicos ocidentais não abandonam as premissas contemporâneas ao associar novos valores culturais e epistemológicos do Oriente, mesmo aqueles que tiveram sua formação em centros de MTC e utilizam essa racionalidade na prática do agulhamento. Para o autor (2009), o que predomina na escolha do uso das práticas é a valorização da técnica e sua eficácia e que a transmissão do conhecimento da Acupuntura se faz “privilegiando a técnica em detrimento de suas bases epistemológicas”(p.118).

Segundo o Mota (2009), a“questão central não está no confronto dos modelos explicativos” (p.135), e os médicos acabam por utilizar dos conhecimentos de ambos os hemisférios nas suas rotinas de trabalho.Ora, se a questão central não está no confronto entre os modelos e ambos aparentemente não são incompatíveis, o que permite a inserção de outro modelo explicativo no cotidiano dos acupunturistas é a busca por algo mais dentro da perspectiva do limite imposto pelo modelo biomédico, ao qual estavam acostumados, e que não consegue explicar nem resolver todos os fenômenos em saúde. Como os saberes de ambas as racionalidades não são contraditórios, não é possível então falar em conversão, mas sim em uma contaminação em via dupla, na qual os valores antigos, cultivados pelos chineses, seguem associados às premissas contemporâneas na prática do profissional acupunturista (MOTA, 2009).

Portanto, os médicos ocidentais “contaminados” pela visão holística permitem tangenciar aspectos que não seriam considerados caso seguissem o paradigma cientificista. Um desses elementos foi a intuição, atuando como critério para a seleção de usuários, tal qual sinalizou Janaina ao referir que“É uma coisa de sentir que a pessoa vai se beneficiar com aquele atendimento e aí eu vou e faço”(Janaina).

Esse critério demonstra que a prática clínica não se dá de forma padronizada e mecanicista, nem mesmo “científica”, mas sim a partir da interação médico-pessoa, por meio da empatia e construção de vínculo, tal como sinalizado por Nogueira:

Na prática clínica, o médico adota uma conduta própria, baseada na experiência, na habilidade individual e, por que não dizer, na intuição. Embora todos esses atributos sejam extremamente importantes para o sucesso da terapêutica, dificilmente podem ser considerados “científicos” do ponto de vista do paradigma galileano, por não poderem se enquadrar na “reprodutibilidade”, condição essencial para o experimento científico.(NOGUEIRA, 2013, p.14).

Seja por intuição, experiência pessoal ou conhecimento científico baseado em evidências, todos esses argumentos e motivações demonstram o quanto a Acupuntura tem sido uma prática utilizada pelos médicos entrevistados, em especial para usuários com dor crônica. Considerando o contexto epidemiológico da dor crônica e a transição demográfica caracterizada pelo envelhecimento da população (MENDES, 2012), é de se esperar um aumento da demanda de usuários idosos e com dores crônicas nas unidades de Saúde da Família, já que essa faixa etária está em expansão e são os que mais apresentam condições crônicas, como relatado pelo Felipe: “Em volta da gente tem uma concentração de pacientes idosos maior do que no resto. E por causa disso eu recebo constantemente pacientes com esse perfil e que eu acho que poderiam se beneficiar, porque fora a Acupuntura às vezes a gente não tem saída” (Felipe).

Segundo Felipe, o envelhecimento da população e o conseqüente aumento da demanda de usuários com dor crônica geram uma situação muitas vezes “sem saída”, caso não seja disponibilizada a Acupuntura. A população de idosos foi também a principal entre os casos selecionados para Acupuntura pelos outros entrevistados. Chama a atenção o fato de que a maioria dos médicos relatou nunca ter atendido crianças com Acupuntura na APS e não citou a faixa etária de adolescentes. De fato, crianças menores não se encaixam no perfil principal de usuários com Acupuntura no Brasil, talvez pela dificuldade de convencê-las a aceitarem a punção com as agulhas e pelo fato de precisarem ficar em repouso alguns minutos, o que é mais difícil nessa faixa etária. Um dos recursos utilizados pelos acupunturistas é o uso do laser, no qual o profissional aponta a luz para cada um dos pontos por alguns minutos, mas é pouco utilizado por ser pouco prático. Crianças maiores e adolescentes dificilmente apresentam queixas crônicas na APS e, talvez, por esse motivo, não gerem uma demanda importante.

4.2 GESTÃO DA PRÁTICA DA ACUPUNTURA

A prática da Acupuntura foi exercida pelos médicos entrevistados a partir de iniciativa própria e de forma experimental. Os insumos eram comprados por eles próprios, que às vezes dividiam o valor entre os profissionais da equipe, e só utilizavam agulhas e seringas do serviço de saúde quando realizavam procedimentos de agulhamento úmido, pois o material necessário para realizar essa técnica faz parte do estoque de insumos das unidades básicas de saúde.

Com relação às instalações, cinco médicos responderam que utilizavam os consultórios médicos das unidades básicas para realizar o procedimento de Acupuntura e que não tinham salas suficientes para realizar o procedimento em mais de um usuário ao mesmo tempo.

O registro em prontuário médico no município do Rio de Janeiro atualmente é feito por meio de prontuário eletrônico em todas as UBS. Existem diferentes programas de computador instalados nas unidades, com campos de preenchimento diferentes dependendo da AP administrada pelas OSS. Nenhum desses programas têm um campo específico para o registro dos procedimentos em Acupuntura, apesar de haver um código próprio para cada um deles na Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro, como podemos ver no Quadro 10:

Quadro 9: Procedimentos em Acupuntura

Ação	Número do Procedimento	Descrição/Observação
Consulta médica em Acupuntura	0301010072 0301010048	Anamnese e diagnóstico do paciente baseados na Medicina Convencional e na Medicina Tradicional Chinesa
Sessões terapêuticas e aplicação de Acupuntura	0309050022 0309050014 0309050030	- Tratamento com aplicação de agulhas apropriadas para Acupuntura em pontos indicados (distribuídos nos canais ou meridianos no corpo do paciente) - Aplicação de moxas nos mesmos pontos quando indicado - Utilização de ventosas quando são indicadas - Utilização de aparelho de eletroacupuntura quando indicado como método complementar

Fonte: Elaboração própria a partir de informações obtidas na Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2011).

Assim, os médicos relataram que registram o procedimento da Acupuntura em um campo aberto do prontuário eletrônico chamado “Plano”, onde escrevem a conduta e o plano terapêutico do usuário, assim como a área puncionada com as agulhas de Acupuntura, de forma livre e sem muito critério ou padronização, como visto na fala a seguir:

Às vezes eu registro colocando os pontos que eu utilizei, às vezes eu só coloco assim: realizada Acupuntura no local, ou pontos A-shi, ou... enfim não tem muito critério não. [...] [coloco] no plano terapêutico: realizada Acupuntura... às vezes eu coloco os pontos, às vezes não. (Tania).

Maria respondeu que pretende utilizar fichas próprias impressas no modelo que aprendeu no IARJ para registrar o procedimento de medicina chinesa, quando começar a praticar a Acupuntura na ESF:

Estava pensando em copiar mesmo a anamnese que tinha lá no IARJ e manter isso em papel e de qualquer jeito a gente vai ter tudo isso registrado em prontuário eletrônico, mesmo o diagnóstico pela Medicina Chinesa. Se a gente chegar a fazer isso, eu não sei como é que eu vou fazer com eles [residentes], se a gente vai fazer um negócio mais pontual, mais sintomático mesmo. Mas vai ter o registro em prontuário eletrônico também.(Maria).

Em sua fala, afirmou que mesmo utilizando fixas próprias em papel não irá renunciar ao registro em prontuário eletrônico dos atos em Acupuntura, ainda que utilize o diagnóstico baseado em Medicina Chinesa. As médicas Maria e Tania apontaram para a importância de se ter um apoio da gestão municipal para viabilizar os recursos para a prática da Acupuntura. No entanto, considerando que essa prática é exercida de maneira informal e sem registro oficial do procedimento no prontuário eletrônico, entende-se que, por esses motivos, a oferta de recursos para tais práticas não se faz de forma automática, havendo necessidade de uma comunicação com a gestão caso sejam oficializadas.

Existem basicamente duas formas de se praticar Acupuntura: segundo os princípios da MTC e segundo a AMC. No primeiro caso, o profissional deve atuar respeitando os princípios e fundamentos da racionalidade médica da MTC, que incorpora uma prática com anamneses extensas, análise do pulso e da língua e a inserção das agulhas em pontos específicos para cada usuário, seguida de um tempo de permanência das agulhas. Na grande maioria dos casos, o agulhamento é feito na região frontal do corpo: o usuário permanece em repouso com as agulhas por alguns minutos, as agulhas são retiradas e procede-se ao agulhamento na região dorsal. O tempo de permanência das agulhas varia de acordo com a desarmonia em questão, porém em raras situações o usuário permanece menos de 10 minutos em cada posição. O tempo total da sessão varia, em média, entre 30 minutos a 1 hora e 30 minutos, dependendo do caso. A primeira sessão costuma ser bem mais demorada devido à anamnese inicial.

O plano terapêutico do usuário com dor crônica, ou mesmo com outras queixas em Acupuntura, se dá com retorno para novas sessões, que em média são oferecidas semanalmente até que se consiga alcançar o efeito desejado. Isso dificulta a viabilização do tratamento pelo médico de família, que, segundo Mauro: “Não tem condições de agulhar na próxima semana, e na outra semana e na outra semana”, já que, na prática, é muito difícil encontrar muitas vagas de retorno na agenda do médico em um curto espaço de tempo, quando se trata da realidade da ESF, “ainda mais aqui no Rio com esse processo de expansão da cobertura, de acesso avançado, e tudo isso, que a gente precisa dar conta. Como é que a gente consegue organizar naquele espaço, né?”, como explicou Janaina.

Essa dificuldade é devido ao fato de que as Clínicas da Família atendem a um grande volume de usuários, algumas até utilizando o processo de trabalho do Acesso Avançado³³ e, além disso, têm pouca disponibilidade de salas para deixá-los em repouso durante determinado tempo, já que o usuário necessita da permanência com as agulhas por alguns minutos, como explicou Felipe: “digamos que o médico reservasse um horário: ele não pode na Acupuntura atender um paciente a cada 20 minutos. Nem sequer a cada 30 minutos, né?”(Felipe).

No caso da AMC, esse tempo pode ser encurtado e, em alguns casos, a simples introdução das agulhas de Acupuntura ou da injeção de lidocaína é suficiente para aliviar a dor e provocar o efeito desejado, não necessitando da permanência das agulhas. Janaina, por exemplo, acredita que com a prática da AMC, o médico tem condições de realizar o procedimento em um curto espaço de tempo, com uma boa resposta, mas ainda não tinha começado a praticar Medicina Chinesa para poder opinar sobre esse outro método:

Eu acho que tem espaço para as duas coisas. Tanto a medicina moderna... assim... da Acupuntura tradicional chinesa eu ainda não tive a prática, então eu consigo identificar que existe espaço, mas eu não sei em termos de tempo. [...]hoje eu gasto muito menos tempo. Eu acho que com a prática você também consegue ir formatando para a sua realidade. Não poderia passar muito mais tempo talvez com aquele paciente, mas eu consigo de uma forma rápida resolver mais questões pontuais. E tem uma resposta boa (Janaina).

Entre os outros entrevistados, apenas Mauro se limitava à AMC, enquanto Ana, Monica, João e Tania afirmaram utilizar as técnicas de ambas as racionalidades, inclusive ensinando aos residentes, como podemos ver a seguir:

Por ser mais fácil referenciá-los, eu acabo introduzindo a eles [residentes] a Acupuntura ocidental, a Acupuntura neurofuncional. É mais fácil, mais palatável deles entenderem o mecanismo.[...]Com relação à Acupuntura tradicional chinesa eu uso poucas coisas, como por exemplo a aurícula, punho-tornozelo, e alguns pontos principais que tem relação com essas queixas mais comuns que acabam se repetindo, né? (João).

Maria, por sua vez, acredita que a Acupuntura não deve fazer parte da rede de serviços ofertada pelo médico de família, com exceção da técnica da auriculoterapia:

³³O “Acesso avançado” ou “Acesso aberto” caracteriza-se pelo agendamento do usuário para o mesmo dia e permite a redução drástica do tempo de espera dos pacientes às consultas. O médico oferece um compromisso de atendimento ao usuário no mesmo dia para todos aqueles que procuram a unidade, com o objetivo de aumentar a satisfação do usuário e a melhoria da eficiência prática (MURRAY, 2005). Esse método de trabalho tem sido utilizado em algumas Clínicas da Família do Município do Rio de Janeiro.

Eu não acredito que isso deva fazer parte da grade do médico de família, por exemplo. Porque eu acho que é um estudo muito longo para conseguir incluir dentro da residência de 2 anos que eu já acho curto. Entendeu? Mas algumas partes por exemplo de auriculoterapia que seriam interessantes sim, incluir. (Maria).

Ana descreveu diferentes formas de atendimento com Acupuntura, associando técnicas diferentes oriundas da AMC—eletroestimulação —, da Clínica de Dor —agulhamento úmido —e técnicas de Medicina Chinesa —“agulhamento de demora” —que ela utilizava conforme a necessidade.

Nem era todo caso que eu deixava agulhado. Tinha caso, por exemplo, que eu fazia agulhamento úmido, muito rápido. Porque você faz agulhamento úmido e manda embora. É um procedimento rapidinho. Outros casos eu ia fazer o agulhamento seco, mas com eletroestimulação rápida, com frequência alta. Eu levava 2, 3 minutos. Aí eu fazia como uma consulta normal. Quando eu ia fazer agulhamento de demora, aí eu fazia num horário de procedimento. Então, cada caso eu manejava conforme a necessidade. (Ana).

As técnicas da Acupuntura Contemporânea utilizam um conhecimento que o médico de família já tem oriundo de sua graduação, diferentemente dos conhecimentos da Medicina Chinesa, oriundos de outra racionalidade e com outro método diagnóstico, e que pode ser complicado para o médico de família, pois exige um estudo específico, uma formação especial.

[...] todos os médicos de família teriam que ter uma formação específica, haveria uma demanda obviamente para a Acupuntura tradicional que temo talvez atrapalhasse. [...] A Acupuntura contemporânea, em termos assim, fazer um bloqueio paraespinal, agulhamento de ponto-gatilho, por exemplo, não atrapalha muito, interfere numa consulta e daí pra adiante você consegue [...] sem atrapalhar muito o resto das outras coisas que são da Atenção Primária também de fazer. (Mauro).

Por isso, a proposta de Mauro é de criar um protocolo de tratamento para usuários com dor mecânica para médicos de família baseado na Acupuntura Contemporânea, excluindo a Medicina Chinesa da rotina desse médico:

Propus isso como projeto e ele era parcialmente apoiado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa do PMF —Programa Médicos de Família—em Niterói, [...] de criar um protocolo para abordagem de dor mecânica por e para médicos de família, mas incluindo qualquer técnica que se encaixasse nesses conceitos. Que fosse de baixo custo, baixo risco e os insumos fossem

acessíveis, que o conhecimento fosse necessário para o aprendizado dessas técnicas fosse apenas o conhecimento que o médico de família *per si* já tivesse dado na sua graduação e formação, isso exclui a tradicional chinesa. Apesar da agulha de Acupuntura ser muito barata e poderia ser arrumada pra ser feito, o conhecimento por trás precisaria de uma formação especial. (Mauro).

Já Ana, a médica de família, aplica tanto pontos de MTC quanto pontos-gatilho no tratamento da dor, talvez porque ela já tenha a formação específica em MTC, e explicou que o agulhamento seco é apenas um método que a Acupuntura usa para intervir no corpo. Apesar disso, ela explica que para um médico sem formação prévia em Acupuntura é difícil de se ensinar:

[...] as pessoas usam técnicas diferentes. E a coisa da Acupuntura é justamente o diagnóstico individualizado e não usar um diagrama. [...] Porque na Acupuntura [...] é tudo muito individualizado e personalizado, apesar de você ter uma meia dúzia de pontos chaves, né? Por isso que eu acho difícil de ensinar pro médico. Mas eu acho que dava para homogeneizar entre todos e fazer... sei lá... [...] uns protocolos com os pontos básicos. O que a gente fez na época, que foi voltado pra dor, era agulhamento de ponto gatilho, que tem mapas bem conhecidos de pontos gatilhos ou pontos dolorosos. (Ana).

Como sugestão para contornar a falta de formação específica dos médicos de família, ela sugere a confecção de um protocolo com “pontos básicos”, voltado para a dor. Janaina acredita que a Medicina Chinesa pode ajudar determinados usuários com dor crônica de uma forma que a medicina ocidental não consegue, mas concorda que organizar o atendimento nos moldes da Medicina Chinesa é mais difícil.

O discurso dos entrevistados reflete o dilema da escolha entre duas práticas distintas que implicam em realizar uma terapêutica baseada em protocolos fechados ou uma terapêutica individualizada. A primeira, protocolada, corre o risco de ser reducionista, apesar de parecer ter uma aplicabilidade maior, e a segunda, fundamentada na visão holística da Medicina Chinesa, parece pouco aplicável à prática do médico de família, como descreveu Ana:

O agulhamento seco, o agulhamento úmido, a eletroestimulação, essas coisas mais focais, eu acho que dá pra usar na APS, mas a outra racionalidade eu acho que a gente corre o risco de ficar sendo uma coisa curiosa, mas que ele [médico de família] não usa. Ou que fosse pior, ele só pegar partes, usar descontextualizado, usar mal-usado. (Ana).

O risco de se exercer uma prática “descontextualizada”, “mal-usada”, não inibiu o uso de ambas as práticas na rotina de Ana, que descreveu uma prática de “Acupuntura modificada”:

Porque aí eu fazia uma Acupuntura modificada, né? Fazia com uma abordagem bem local ou segmentar... Eventualmente quando eu ia deixar o paciente agulhado 20 minutos, fazia uma abordagem mais para modulação central, com pontos periféricos, tipo “fígado 3”, essa abordagem mais geral. Mas quando ele não tinha que ficar agulhado 20 minutos eu botava umas agulhas, mas não era minha abordagem mais focal. Fazia uma coisa bem no segmento da dor e no local da dor.(Ana).

Ana utiliza pontos de AMC —“abordagem local ou segmentar” —e pontos de MTC— como o “fígado3”—, dependendo da situação, contextualizando os pontos da Medicina Chinesa na abordagem para “modulação central”, ou seja, no caso de se objetivar efeitos mais sistêmicos. Da mesma forma, Tania deu o exemplo de duas situações em que poderiam ser feitos pontos de Acupuntura tradicionais da MTC: no caso da hiperêmese gravídica e da cefaleia, utilizando tanto a digitopressão dos pontos quanto o agulhamento seco. Já João, não só utiliza pontos de ambas as linhas como os ensina aos seus residentes, mesclando pontos-gatilho com as técnicas punho-tornozelo e a auriculopuntura, estas últimas oriundas da MTC:

[Os residentes] vão sair da residência sabendo agulhar um ponto-gatilho, sabendo alguns pontos principais de dor, sabendo quais são as funções específicas de alguns pontos principais, sabendo técnica punho-tornozelo, sabendo auriculoacupuntura... Então assim, a maior parte deles vai saber fazer um mínimo. (João).

A formação do médico de família, seja ela em dois anos, no curso de especialização, seja ela pelo estudo dos protocolos citado por Mauro, é necessária para que ele se sinta seguro em aplicar a Acupuntura nos usuários com dor crônica. O que difere no discurso dos entrevistados é a visão que o médico de família deve utilizar para a prática do agulhamento. Mauro defendeu a alocação separada das diferentes linhas de pensamento, ou seja, que o médico de família pratique apenas AMC e que a Medicina Chinesa fosse praticada em outro local, mas não pelo médico de família; assim como o NASF deveria utilizar somente os conceitos da AMC.

Para Mauro, “algumas modalidades de Acupuntura” seriam ideais para o médico de família na APS —como a modalidade de agulhamento de pontos gatilho e uso de alguns pontos principais, tentando “ver o quanto eles conseguem ajudar em relação ao todo”—em

detrimento de realizar um agulhamento embasado “em outra lógica”, com uso de muitos pontos. Ele argumenta que quando o acupunturista quer agulhar um ponto-gatilho “ele quer agulhar vários pontos gatilho, porque ele tem essa noção intrínseca, ensinada, bem sedimentada de que não é só uma coisa isolada, não queira achar o ponto de ouro”. Isso, porém, não iria empoderar o usuário, já que ele não poderia reproduzir o tratamento sozinho:

Eu só tenho uma proposta, nesse sentido. Porque se eu faço vários pontos gatilho eu não consigo empoderar o paciente a respeito. Ele vai achar pra mim: eu nunca vou conseguir simular o que esse profissional de ouro fez por mim, porque ele me agulhou 30 pontos numa consulta que demorou uma hora. Eu não faço isso. (Mauro).

Mauro defendeu a importância de empoderar os usuários do seu autocuidado e explicou que as técnicas manuais de inativação de ponto-gatilho podem ser ensinadas a eles pela automassagem, atuando precocemente. Esse tópico harmoniza-se com a metodologia de trabalho do apoio matricial do NASF que, segundo Campos (2007), pretende “assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários”(p.400).

Quando Mauro descreveu as técnicas que utiliza na prática da medicina de família, o que ele se propôs foi adaptar a realidade do médico de família trazendo um conhecimento novo sobre AMC e outros procedimentos em Clínica de Dor, sendo a Acupuntura mais uma ferramenta, como concordam João e Janaina:

Hoje penso que é um grande desafio exatamente isso: que o médico de família também possa usar Acupuntura enquanto uma ferramenta. [...] não que ele vire um especialista em Acupuntura, né? Eu acho que o especialista tem o seu lugar. Mas a Acupuntura traz uma série de técnicas que o médico de família na Atenção Primária pode utilizar, eu entendo que ele pode utilizar, e eu tento hoje, enquanto preceptor da residência fazer com que ele use essas técnicas em alguns aspectos. (João).

Isso não significa transformar o consultório do médico de família em um ambulatório de Acupuntura. Segundo Janaina: “[...] não dá pra fazer assim um ambulatório de Acupuntura. É você pegar os seus pacientes do seu território e usar aquilo como mais uma ferramenta de tratamento”(Janaina).

No discurso dos entrevistados, nota-se que há incorporação da Acupuntura como uma técnica, ou “mais uma ferramenta”, dentro do modelo biomédico ao qual estão acostumados. Alguns relataram utilizar o raciocínio diagnóstico e os pontos de Medicina Chinesa, mas foi

unânime a opinião de que esse conhecimento é mais difícil de ser aplicado pelo médico de família no exercício de sua função, seja pela falta de formação específica, seja pela sua aplicabilidade prática diante de questões relacionadas à infraestrutura e agenda livre para tal utilização.

A incorporação de práticas e saberes de ambas as racionalidades e suas práticas refletem um produto híbrido, fruto da contaminação de ambos os conhecimentos. Segundo Mota (2009), “na raiz do conceito de híbrido está a permanência de valores ‘antigos’ associados a ‘premissas contemporâneas’. [...] tais valores [antigos] nunca desaparecem”. Esse autor, ao discutir a formação de médicos ocidentais em Acupuntura, sinaliza que os conhecimentos adquiridos da Medicina Chinesa são adicionados aos novos valores, de modo que “o professor vai adicionando novos valores ao universo semiológico e terapêutico dos médicos, criando um produto híbrido, onde coexistem elementos culturais que diferem de natureza e cultura” (MOTA, 2009, p.135).

O risco de seguir essa lógica de “adaptação” do conhecimento em Acupuntura para o cuidado do médico de família aos usuários com dor crônica é de resumir um conhecimento tão amplo a protocolos fechados e padronizados, minimizando a lógica individualizada e holística da Medicina Chinesa a um simples combate a um agente etiológico, como fundamenta Mota (2009):

A Acupuntura, como aplicada no Ocidente, é um processo de intervenção concreto. Apesar de oriunda de outra cultura, partindo, portanto, de outra cosmologia, como proposta terapêutica encontra-se totalmente inserida no ideário biomédico como um procedimento capaz de agir contra um agente etiológico. (p.168).

Essa lógica do “combate” descrita pelo autor, ou seja, do agir “contra” algum agente etiológico, pode ser vista na prática dos médicos entrevistados ao descreverem as técnicas de “inativação” e “inibição” dos pontos-gatilho, do “bloqueio” paraespinal com infiltração de substâncias anestésicas e da intervenção focal no sítio de dor, ou seja, do “combate” à dor como um agente causador de dano. Se fôssemos traçar um paralelo com o modelo da Medicina Chinesa, a visão utilizada seria voltada para uma proposição positiva, no sentido de “fazer circular o Qi estagnado”.

A utilização de tais visões e a aplicação prática da Acupuntura pelos entrevistados foram descritas de forma a não respeitar padrões, podendo ser realizadas pontualmente em uma consulta ou com retorno para novas sessões; em uma sala somente ou em várias salas ao mesmo tempo e até mesmo na sala de espera. Poderia ser feita Medicina Chinesa ou

Acupuntura Contemporânea, agulhamento seco, úmido ou eletroacupuntura, e auriculoterapia; ou combinações dessas práticas. O atendimento aos usuários era ofertado a cada um por vez ou a vários concomitantemente, ficando a critério dos profissionais e da disponibilidade de salas na unidade, como visto no relato de Tania: “às vezes eu vou, agulho, enquanto eu estou atendendo... as vezes eu deixo a agulha nele e procuro outra sala pra atender rapidinho outro paciente enquanto esse tá com a agulha e às vezes eu fico ali mesmo adiantando papelada, né?” (Tania). Nenhum médico mencionou o uso de ventosas ou moxas e nenhum deles estipulou número mínimo ou máximo de sessões, variando de acordo com a necessidade do usuário.

A discussão acerca da logística de trabalho —salas, tempo de permanência do usuário, organização espacial etc. —também gerou dúvidas e contradições, e as opiniões variaram entre os entrevistados. O local das sessões, na maioria dos casos, era o próprio consultório médico, porém, a necessidade de mais salas para se realizar dois ou três atendimentos concomitantes limitava a capacidade do médico de ampliar seu atendimento com Acupuntura, como relatou João:

O meu problema... isso é uma questão, também, né? A gente não tem salas preparadas para isso. Eu conseguia fazer até um número maior de pacientes se eu tivesse... [...] Eu só precisava ter uma sala mais preparada, ou seja, se uma daquelas salas tivesse duas macas, por exemplo, e um biombo. Eu conseguiria até ter um fluxo maior de atendimentos, entendeu? Mas geralmente eu faço numa sala separada. Mas, assim, a sala muda todo dia, porque vai de acordo com a sala que está vazia naquele momento que eu estou agulhando aquele paciente. (João).

A falta de salas com estrutura adequada limita a oferta e, conseqüentemente, restringe a demanda dos usuários no tratamento com a Acupuntura:

Não existem instalações pra você botar vários pacientes na mesma sala. A arquitetura das salas, pelo menos as que eu conheço, não permite isso. Então eu acho que isso acabaria criando um grupo de pacientes tratado e um grupo de pacientes na fila de espera muito maior do que o grupo tratado e o grupo na fila de espera ia começar a ficar nervoso. Porque da mesma forma que eles batem na porta porque a consulta tá demorando, eles vão chegar lá no guichê e querer saber da Acupuntura que eles querem fazer com o doutor e que não marcam. Então eu acho que a Acupuntura seria bem-vinda, mas se houvesse uma estrutura à parte, inclusive física, né? (Felipe).

A solução trazida por Felipe é que houvesse uma estrutura à parte, inclusive física, onde o acupunturista pudesse alocar os usuários para as sessões. Todavia, uma outra questão

levantada foi qual seria o profissional a utilizar essa estrutura física, já que o médico de família encontra limitações no atendimento e agendamento dos retornos para a Acupuntura por conta do excesso de atribuições e falta de vagas na agenda, e a ESF não prevê outros profissionais como “membros orgânicos”, como lembrou Tania:

Porque na Clínica da Família não tem outros profissionais, né? A gente só tem médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário, dentista, o educador físico, o farmacêutico e só. Então não foi um espaço planejado para ter outros profissionais, a princípio.(Tania).

O fato de não haver salas disponíveis para o procedimento de Acupuntura é devido ao fato de não haver previsão de acupunturistas para as Clínicas da Família e nem um debate maior acerca do papel do médico de família com formação em Acupuntura nessas unidades. Felipe acredita que a oferta de serviços de Acupuntura pelo médico de família é incompatível com o tempo disponível para exercer tal função:

[...] Porque em primeiro lugar o médico da Estratégia de Saúde da Família hoje em dia é um multi-homem, né? Porque ele tem que fazer tantas coisas diferentes que eu acho que não existe nenhum médico em nenhum lugar do mundo que tenha tantas habilidades[...]. Mas, no caso específico desse médico, eu acho que há um problema: o tempo. O tempo do médico da saúde da família é muito sobrecarregado. [...] Se o tempo desse médico for também voltado para fazer Acupuntura, o número de pacientes que ele vai conseguir tratar eu acho que vai ser muito pequeno na esfera que ele precisaria tratar, e eu acho que isso vai gerar uma frustração. É uma coisa que vai se voltar contra. (Felipe).

Novamente, surge o debate acerca da oferta e demanda por serviços de Acupuntura que, pela visão de Felipe, não seria atendida pelo médico de família, que já se encontra sobrecarregado de casos de “demanda espontânea”. Em contrapartida, João acredita que a Acupuntura não só pode ser ofertada pelo médico de família no tratamento da dor como também facilita no “controle da demanda espontânea”:

A Acupuntura virou para mim mais uma ferramenta para ajudar no controle da demanda espontânea. Por exemplo: chegava um cara com quadro de dor, por exemplo, que eu precisava avaliar e eu estava no consultório atendendo um paciente agendado, muitas vezes aquele cara que está com dor, eu entendo ele, fica gerando uma tensão lá fora, ele está tenso, está com dor. Então, muitas vezes o que eu fazia: [...]eu pegava esse paciente, levava pra uma sala e fazia um agulhamento rápido nele, baseado na queixa. Só isso já tirava a tensão da sala. Porque era um paciente com dor na sala dizendo que estava com dor, deixando as pessoas inquietas, inquieto porque estava com dor. Isso já tinha um efeito imediato nele que era de se sentir cuidado, né?

Então eu já agulhava ele muito rapidamente, muito baseado na queixa dele. (João).

Esse médico argumentou que, de imediato, o procedimento da Acupuntura “tirava a tensão da sala” e provocava um efeito no usuário de “se sentir cuidado”, como se a Acupuntura pudesse aliviar a dor do usuário em um primeiro momento, de forma rápida e resolutiva e, posteriormente, se houvesse necessidade, faria uma programação para o seu plano terapêutico singular. Ele defendeu que a Acupuntura é viável pelo médico de família na situação de urgência e que, se houvesse necessidade, posteriormente, ele poderia fazer outro tipo de intervenção:

Muita gente falava assim: Ah não dá para fazer Acupuntura no meio do consultório. Poxa, pra mim só dava pra fazer Acupuntura no meio do consultório médico! Entendeu? E aí, claro, se esse cara necessitasse, depois eu ia atender ele, fazer uma consulta diferente, melhor. (João).

A sobrecarga de trabalho sinalizada por Felipe seria “aliviada” pelo recurso terapêutico trazido na fala de João, quando aplicada no momento certo. O que difere entre as duas visões talvez seja o estilo de atendimento e a forma como os recursos terapêuticos são aplicados, de acordo com a organização do processo de trabalho. Foi nessa perspectiva que Janaina reafirmou a importância da organização do trabalho, de modo a viabilizar a prática da Acupuntura na APS e evitar a sobrecarga do profissional de saúde: “O agulhamento não sobrecarrega se tiver uma organização do processo de trabalho [...]. Com a prática o médico consegue ir formatando o trabalho para a sua realidade, economizar tempo e ter uma boa resposta” (Janaina).

O formato de trabalho o qual Janaina relatou difere entre os médicos entrevistados, que demonstraram uma grande variedade de estilos de atendimento—desde o médico que raramente atende alguns usuários com Acupuntura até aqueles que incorporam essa prática em sua rotina de trabalho diário, agendando retornos e separando turnos de atendimento para tal. Janaina, Ana, João e Monica relataram que agendavam retorno para os usuários e procuravam um turno, ou meio, “mais tranquilo” para as sessões de Acupuntura, o que pareceu uma forma de viabilizar a demanda sem atrapalhar o andamento do trabalho. Enquanto Felipe preocupa-se com o desequilíbrio entre oferta e demanda dos atendimentos, mesmo sem ter instituído a prática da Acupuntura no seu dia a dia, imaginando que isso só pioraria com a inserção deste serviço, gerando insatisfação, pois “os pacientes já têm uma demanda para o atendimento médico [...] na qual eles não se sentem atendidos. Eles acham

sempre que as consultas já são muito espaçadas e ninguém consegue chegar até mim”. (Felipe).

As médicas Ana e Janaína agendavam retornos semanais mesmo quando utilizavam a lógica da AMC. Já Mauro acredita que o médico da APS não tem condições de programar retorno para novas sessões de agulhamento porque não há tempo hábil para o médico de família praticar Medicina Chinesa; e Tania argumenta que não existe estrutura para esses agendamentos de retorno e, por isso, pratica apenas “atendimentos pontuais”, o que esbarra no risco do médico de família atuar somente nos casos de urgência, prejudicando a continuidade do cuidado, como discutiremos melhor a seguir.

A dificuldade no agendamento do retorno foi exemplificada por Ana, ao relatar que as dores crônicas, como Fibromialgia e a enxaqueca, são condições crônicas mais complexas, que vão exigir retorno periódico e continuidade do tratamento por um longo período:

Aí, pois é, eu vou ter que fazer a distinção. Aí depende, na fibromialgia, que é uma característica da dor crônica, tem uma superaplicação. Não dá pra um médico de família dar conta disso sozinho. É um cara que vai voltar toda semana, durante não sei quanto tempo. Enxaqueca crônica tem superbenefício, mas o que eu já tive de experiência, as pessoas ficam um ano em tratamento. Não tem como o médico de família dar conta disso. Então eu acho que depende. (Ana).

Apriorização da prática da Acupuntura na rotina do médico de Família é influenciada pelas condições do meio e pela relação que se estabelece com a população. Monica relatou que reservava uma hora por dia para o atendimento com Acupuntura, mas que a ela era considerada uma atividade extra e que, em épocas de crise/desorganização do processo de trabalho da equipe, era a primeira coisa a ser retirada da rotina:

Era o horário do consultório que eu reservava uma hora por dia para fazer isso [...] a minha enfermeira que está de licença maternidade ficou de licença durante a gravidez quatro meses. Então nessa época não teve substituição e a primeira coisa que você tira é o que é extra. Então não tem muito jeito. Mas terminou... a gente se organizou assim: segunda, quarta e sexta a partir de três e meia eram as questões da Acupuntura. (Monica).

Devido à sobrecarga e dificuldades na organização do processo de trabalho, muitas vezes os profissionais têm que interromper o agendamento para a Acupuntura para “dar conta” das demais tarefas, gerando descontentamento da população assistida. A priorização das outras tarefas em detrimento das práticas de Acupuntura foi apontada por alguns médicos, como a Ana, que argumentou que “a situação que a unidade tá hoje, com o acesso totalmente

desorganizado, umas coisas bem confusas, não é minha prioridade. Minha prioridade agora aqui é tuberculose, que tá sinistro”. (Ana).

Em consonância com a fala anterior, João sinalizou que, apesar de ser especialista em Acupuntura, tem outras prioridades que precisa dar conta como médico de família na sua Unidade de Saúde e que “por mais que eu seja especialista em Acupuntura eu sou especialista em medicina de família e ali é meu ambulatório de medicina de família. O que eu tentava era adaptar a Acupuntura pra uso na realidade do consultório do médico de família”. (João).

Essa discussão é interessante, pois coloca em cheque o papel da Acupuntura na prática do médico de família, o qual difere daquele da prática do especialista em Acupuntura no exercício de sua função, e da importância do uso de tais práticas. Em uma pesquisa realizada com médicos acupunturistas, ou em formação em Acupuntura, formados inicialmente no modelo ocidental, foi identificado o risco de se “colocar a Acupuntura numa posição subalterna à medicina ocidental, ao reduzi-la à ‘mais um recurso terapêutico’, ‘um braço da clínica’” (NOGUEIRA, 2003, p. 145). Esse mesmo risco aparece nas entrevistas que realizamos com os médicos de família. Contrariamente a isso, Tessere Sousa (2012) acredita que as práticas integrativas podem ser uma via de cuidado complementar ou até preferível em muitos casos, no lugar da via biomédica, podendo então ganhar espaço nesses casos como abordagem principal e não como uma mais uma ferramenta.

O discurso de João considera que o médico de família não precisaria necessariamente ser um especialista em MTC/Acupuntura ou atuar como tal, mas apenas aproveitar dos conhecimentos dos colegas acupunturistas para aplicar algumas de suas técnicas. Com isso, podemos refletir sobre o lugar que cabe a Acupuntura e a Medicina Chinesa na APS e sobre a necessidade da presença do acupunturista com sua prática convencional de ambulatório.

Em se tratando de Acupuntura, podemos pensar não só ações e serviços ofertados pelos médicos de família, mas também pelos médicos do NASF, por outros profissionais da APS e por profissionais acupunturistas da rede secundária e terciária de saúde. Este trabalho não aborda os acupunturistas que não têm formação médica, pois o nosso foco é refletir sobre a prática dos médicos no SUS.

Entre os entrevistados, cinco médicos conheciam outras unidades e encaminhavam usuários para serviços secundários de Acupuntura; um médico não encaminhava usuários para outros serviços de Acupuntura, apesar de saber que existiam, porque não sabia como fazer isso nem conhecia a trajetória que eles fariam até serem atendidos; e dois não conheciam outros serviços e nunca encaminharam nenhum usuário.

Os serviços classificados como Atenção Secundária recebem usuários pelo regime de encaminhamento do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), e a sua principal demanda de agendamento é de usuários oriundos das UBS. Uma das dificuldades encontradas foi que algumas instituições não tinham abertura para inserir o acupunturista e que as instituições de ensino e pesquisa eram as que aceitavam melhor a Acupuntura. Todos os que encaminhavam afirmaram que não conseguiam vagas no SISREG. Dos entrevistados, três relataram conhecer médicos de família que praticavam Acupuntura na APS, alguns deles, inclusive, trabalharam juntos oferecendo aulas para os residentes sobre técnicas de agulhamento.

Mauro descreveu, como exemplo, uma situação em que o usuário deveria ser encaminhado para o setor secundário, por necessitar de uma abordagem mais sistêmica: “Alguns pacientes não vão tolerar, por exemplo, a abordagem mais focal do músculo. [...] nesses casos eu indico a Acupuntura formalmente. Referencio para a tradicional chinesa, mesmo” (Mauro).

A necessidade de retornos para novas sessões também surgiu como uma indicação de encaminhamento, pela percepção das médicas Ana e Tania, como o caso dos usuários com dor crônica, que exigem um “contato mais intensivo”, ou seja, sessões periódicas, com abordagens sistêmicas, uso de vários pontos e permanência das agulhas. Nesse caso, João não deixa de agendar retornos, apenas utiliza o critério do número de sessões para decidir o melhor momento para encaminhar seus usuários, evitando sobrecarga de atendimentos com Acupuntura:

Geralmente, eu não costumo passar de 8 sessões. Porque na correria do ambulatório de medicina de família foi o que eu estabeleci enquanto possibilidade. Alguns pacientes eu tive que passar, por exemplo essa eu fiz mais de vinte. Mas, de uma forma geral, eu costumo ir até 8 sessões. [...] (aqueles) que vão precisar fazer dez sessões, doze sessões etc. e tal, eu acabo encaminhando. (João).

O risco que se corre de encaminhar os casos crônicos logo de início e tratar somente os casos agudos, como sugeriu Tania, é de o médico de família acabar exercendo um papel de “médico de urgências” e não o de responsável pela coordenação e continuidade do cuidado. Coordenação do cuidado, acesso a todas as necessidades de saúde e longitudinalidade são ferramentas de trabalho fundamentais para o médico de família e esses princípios devem ser assegurados:

Os princípios de longitudinalidade (ou o acompanhamento das pessoas ao longo de muito tempo), acessibilidade (oferecer acesso ao serviço de saúde

quando as pessoas sentirem necessidade); coordenação do cuidado (todas as pessoas do território são acompanhadas pela ESF ou terão como referência a unidade de APS da sua área de abrangência). Quando há necessidade de atenção especializada as pessoas são referenciadas. (SMSDC/RJ, 2011, p.3).

A referência de usuários a unidades especializadas, deve se dar de acordo com a “necessidade”, segundo esse documento, e a percepção dessa necessidade por parte dos médicos entrevistados diverge, pois enquanto alguns acreditam que os casos de dor crônica podem ser manejados na unidade básica por médicos de família, outros acreditam que devem ser referenciados logo de início. Há ainda aqueles que acreditam que alguns casos de dor crônica podem ser tratados na APS —como aqueles que resolvem em poucas sessões —e outros, mais complexos, devem ser encaminhados para outras instituições, como afirmou Felipe:

Existem pessoas que são acupunturistas que trabalham em determinados serviços. Até em serviços especializados, por exemplo, a clínica de dor lá do INCA. Tem algumas pessoas lá que fazem Acupuntura. Aí ele vai atender pacientes que são pacientes complexos. Por exemplo a gente estava com um trabalho interessante sobre Acupuntura no tratamento do trismo, né? Neoplasia... Pacientes que tem questões complexas. Então não são dores musculoesqueléticas, aquela coisa, né, que é o mais corriqueiro da Acupuntura(Felipe).

Felipe completa em seu discurso que as instituições que mais aceitam os serviços de Acupuntura e que são mais indicadas para o tratamento dos casos mais complexos de dor crônica são as instituições de ensino superior e pesquisa:

Tem instituições onde você vê uma aceitação muito grande da Acupuntura. Geralmente instituições de ensino superior e pesquisa. Então é o caso de São Paulo: a USP e a UNIFESP que têm atendimento de massa de Acupuntura. E onde, além de atendimento, tem pesquisa. São instituições altamente diferenciadas, né? Quem é que vai parar na clínica de dor da USP, né? Provavelmente não vai ser uma dorzinha de cabeça! (Felipe).

Além da complexidade dos casos, a necessidade do diagnóstico segundo a lógica da Medicina Chinesa e o risco do médico de família não atuar com a Acupuntura de fato surgiram como motivações para o encaminhamento para o setor secundário, como visto no relato de Ana:

A Acupuntura como uma outra racionalidade, uma outra forma de diagnóstico eu acho que tem que ser na Atenção Secundária. Eu acho que dentro da Atenção Primária ela não vai ter penetração e acho que, assim, a

gente corre o risco do médico de família ter mais uma coisa que ele tem que saber fazer, entendeu? E dele não aplicar na prática. (Ana).

Outro argumento proferido por João para encaminhamento dos usuários com dor crônica foi que a consulta de Acupuntura ofertada pelo médico de família não proporciona um tratamento igual ao que é feito nos ambulatórios de Acupuntura, pois existe um limite inerente à prática do médico de família. Porém, raros são os centros especializados em dor no SUS, e, por isso, ele não consegue encaminhar os usuários com dor crônica mais complexos. Mesmo assim, consegue ter bons resultados na sua prática médica, levando em consideração as suas possibilidades de atuação:

Eu mesmo, por exemplo, estou com uma paciente com dor crônica[...] ela fez uma síndrome pós-laminectomia e tinha uma dor absurda, uma paciente gravíssima. Não era uma paciente pra eu atender. Não como médico de família mais. Era uma paciente que precisava de um ambulatório de dor crônica, mas não tinha disponível. Foi quando eu comecei a fazer as sessões semanais de Acupuntura, que eu fiz nos últimos seis meses. A paciente chegava sem andar no consultório. No início eu tinha que fazer agulhamento seco e molhado nela, tinha que fazer os dois, pra diminuir a dor dela, porque ela tinha uma dor muito intensa. Muitas vezes se eu não fizesse o agulhamento molhado eu não conseguia fazer a Acupuntura nela. E hoje essa paciente está começando a reabilitar. (João).

Por conta dos limites do médico de família, a Acupuntura tem seu lugar na Atenção Secundária que, segundo João, é primordial, devendo-se pensar a forma ideal de se constituir este lugar:

Claramente eu acho assim: o lugar primordial da Acupuntura é na Atenção Secundária, né? Mas a gente tinha que pensar em espaços que fossem menos consultórios individuais, menos pulverizados, talvez. [...] se tivesse de forma mais regionalizada, polos de Acupuntura, com grupos de Acupuntura com gente trabalhando... (João).

Na fala de João, nota-se a necessidade de espaços de Acupuntura “menos pulverizados”, ou seja, atuações profissionais mais próximas da lógica da regionalização e do vínculo presentes da Atenção Primária, com forte interlocução com os profissionais da rede básica, como é o caso dos profissionais de apoio do NASF. João sugeriu como uma das possibilidades para o NASF de ser uma Atenção “um e meio”, ou seja, nem Atenção Primária, nem Atenção Secundária —um caminho no meio:

Se eu fosse pensar assim: quem tem que estar nessa atenção um e meio, né? – nesse lugar entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária - um acupunturista ou um cardiologista? Um acupunturista! Porque o acupunturista não deixa de ser um generalista. É um generalista de outra área, mas é um generalista. (João).

Segundo ele, uma das possibilidades de se pensar lugar do acupunturista é no NASF e sugere um espaço físico para ele: “Se a gente entender que o NASF é um ambulatório de especialidades mais próximo da Atenção Primária, aí é no NASF. Mas aí a gente precisa de um espaço físico para ele” (João).

Contrariando essa postura, Mauro acredita que o NASF não resolveria a questão da demanda de atendimentos de Acupuntura aos usuários com dor crônica, porque não deveria fazer atendimentos individuais como prioridade:

O atendimento individual é possível, mas se ele se torna o centro, pouca diferença existe entre um NASF e uma Atenção Secundária na ponta primária. Por quê? Porque o colega que está lá não vai sair capacitado do que você está fazendo. Você só está atendendo no ambiente da Atenção Primária. Você está se movendo, ao invés do paciente, isso é um ganho. É um ganho, o paciente está com dor e tal. Sim, mas não é o forte. (Mauro).

O debate se expande para a questão das funções do NASF e do espaço físico onde ele atua, além do distanciamento entre a rede secundária e os profissionais da Atenção Primária. Como o NASF é caracterizado pela função de apoio e não atende prioritariamente os usuários individualmente, seus profissionais não servem para substituir os da rede secundária, havendo necessidade de se pensar uma reestruturação da rede de acupunturistas e especialistas em dor crônica para os casos em que há uma necessidade de encaminhamento dos usuários que necessitem de atendimentos individuais, com retornos periódicos etc. Na prática, o que ocorre é que a rede secundária é composta por um número reduzido de profissionais acupunturistas e se encontra sobrecarregada de atendimentos, com grandes filas de espera, atuando de forma isolada da APS e do médico de família. Ao atuarem em ambulatórios de especialidades “pulverizados”, como adjetivou João, pouco acrescentam no cuidado compartilhado com as equipes de referência da ESF, prejudicando o princípio do médico de família de coordenar o cuidado dos seus usuários.

Esse impasse —NASF como Atenção Primária, mas apenas como apoiador, e Atenção Secundária como ambulatório de especialidade, mas distante do médico de família —traz questionamentos acerca do lugar ideal para o cuidado integral dos usuários com dor crônica. Por esse motivo que João sugeriu, como uma possibilidade para o NASF, a função de

“ambulatório de Atenção Secundária mais próximo da Atenção Primária”, ao considerar uma das possibilidades para o NASF de ser um setor intermediário entre Atenção Primária e Secundária, no que ele chamou de “Atenção um e meio”. Segundo João, se assim o fosse, caberia o acupunturista na equipe NASF, já que se caracteriza como um generalista.

A reflexão sobre esse tema gera muita confusão e incertezas na fala dos médicos que, por um lado, defendem a presença de um acupunturista no NASF, mas por outro acreditam que este não é o lugar para se realizar atendimentos ambulatoriais, já que a função do NASF é de apoiador:

O NASF seria um lugar para ele [acupunturista] ficar que talvez seria o mais adequado, né? [...]Então pode ser do NASF que vai com periodicidade, mas não é ele que faria o atendimento... então é meio confuso na verdade. E ele pode capacitar os médicos mas pode ser o próprio médico de família que tem a formação, né? Na verdade.(Tania).

Portanto, assim como o papel do acupunturista do NASF, o seu local de trabalho ideal também gerou dúvidas entre os entrevistados, o que esbarra na questão da necessidade de se discutir sobre a oferta dos serviços de Acupuntura nas redes de Atenção Primária e Secundária à Saúde.

4.3 OFERTA E CONTRIBUIÇÕES DA ACUPUNTURA NA APS: RELAÇÃO ENTRE OFERTA E DEMANDA

O conflito estabelecido entre ofertar Acupuntura na APS, pelo médico de família ou pelo médico do NASF, e a falta de estrutura, tempo e capacitação dos profissionais gerou a dúvida da necessidade e da forma como seria a ampliação da oferta de práticas de Acupuntura na APS. Para isso, segundo alguns profissionais, precisaria haver inicialmente capacitação dos médicos de família ou contratação de médicos de família com formação em Acupuntura.

Considerando-se que existem apenas seis médicos de família efetivamente aplicando alguma técnica de Acupuntura nas unidades de Saúde da Família do Rio de Janeiro, somente quatro médicos acupunturistas atuando na rede de referência secundária do município e um número incerto de acupunturistas nas outras unidades especializadas cadastradas no CNES — estaduais e federais, que compõem em sua maioria, a rede terciária e quaternária de saúde —, podemos perceber que a oferta de serviços de Acupuntura na rede de saúde pública do município do Rio de Janeiro ainda é muito pequena em vista da demanda reprimida de pessoas que convivem com dores crônicas. Demanda essa que tende a aumentar cada vez mais à medida que a população cresce em número de idosos e em pessoas que convivem com

condições crônicas, e à medida que ocorre o aumento do acesso aos serviços de saúde do SUS pela expansão da cobertura populacional às redes de saúde.

A expansão da cobertura populacional da ESF do Rio de Janeiro de 3,5% em 2009 para 46% em 2015, conseqüente ao aumento do número de unidades de Saúde da Família, gerou um aumento do acesso aos usuários e, conseqüentemente, na demanda de usuários com condições crônicas, sendo a dor uma das principais. Com isso, aumentou-se a necessidade de ampliação da oferta de práticas de Acupuntura na APS, sejam eles médicos de família ou médicos do NASF; e da rede secundária de saúde. As redes terciária e quaternária, não devem ser o foco de políticas públicas que objetivem aumentar o acesso a um grande número de usuários com condições de alta prevalência, por serem altamente especializadas.

O que vimos nos relatos dos entrevistados com relação a essa capacitação profissional é que apenas dois receberam capacitação ofertada pela gestão do SUS em práticas da Medicina Chinesa/Acupuntura e, mesmo assim, foi somente em Auriculoterapia. Nenhum médico recebeu capacitação em Acupuntura pela gestão do SUS e um deles começou a realizar um trabalho com os residentes de medicina de família da prefeitura, como facilitador em capacitação para o manejo da dor, que incluía algumas técnicas de agulhamento seco e úmido; além de atuar como matriciador do NASF em um processo que ele denomina “capacitação em via dupla”. Segundo o profissional, capacitações pontuais não são suficientes para habilitar o médico de família a exercerem a prática da Acupuntura, havendo necessidade de continuidade do processo por pelo menos seis meses:

Eu fiz [uma capacitação] para os residentes da secretaria. Fiz nos residentes da UFRJ, uma vez só, tipo uma oficina isolada com os colegas da residência da UFRJ. E uma pelo menos de dia inteiro, de sábado inteiro, com a secretaria. E mais duas abertas na Maria do Socorro, mas aberta para residentes de outras áreas. [...] Em geral isso é suficiente? Não. Continuidade é importante. O que eu acho que é suficiente, um mês ou coisa assim, é suficiente pra pessoa aprender a localizar ponto gatilho e entender a ideia, [...] mas um mês não dá pra formar. Agora, em seis meses algumas pessoas já saem fazendo algumas coisas se sentindo seguras o suficiente para fazerem isso sozinhas. Tipo um manguito rotador, que é bem tranquilo. (Mauro).

A formação dos médicos entrevistados em Acupuntura foi realizada em instituições privadas de pós-graduação e em cursos extras, e uma delas passou também por essa formação pontual descrita por Mauro. Não foram oferecidos pela gestão espaços de educação permanente para capacitação de médicos de família nas técnicas da Acupuntura aos entrevistados. Sabemos que a rede de médicos de família do município é submetida

frequentemente a fóruns, encontros e outros espaços de educação permanente em que são realizadas capacitações, trocas de experiências etc. em diversos temas, mas que, aparentemente, o tema não tem surgido no momento nesses espaços. Da mesma forma, os temas “dor” e “Acupuntura” não foram encontrados na programação do Ciclo de Debates do portal eletrônico da SUBPAV (SMSDC/RJ, 2015c) prevista para o ano de 2015.

Janaina afirmou a necessidade de se ampliar o debate nesses fóruns de discussão, com o objetivo de “multiplicar” tais práticas: “Eu acho que é uma coisa que precisa, a gente que é médico de família, estar discutindo, estar divulgando mesmo. Pensando estratégias de multiplicar” (Janaina).

As capacitações e os espaços de educação permanente para médicos de família na área de Acupuntura e dor seriam estratégias facilitadoras na ampliação da oferta da prática da Acupuntura na APS, mas poderiam ser, ao mesmo tempo, libertadoras e aprisionadoras para esses profissionais, porque gerariam uma responsabilidade maior em aplicar tais práticas. Se, por um lado a Acupuntura pode auxiliar no controle da demanda espontânea, por outro, pode aumentar a demanda por atendimentos ao ser divulgado para a população um serviço tão carente de profissionais na rede, como vemos no relato de Felipe:

Isso vai gerar uma demanda tão gigantesca que não vai ser vantagem, vai ser um problema, porque eu não vou ter como dar conta.[...] O que vai acontecer é uma verdadeira explosão nuclear! Porque eu vou atender quantas pessoas no meu horário? É um número tão reduzido que vai gerar um problema na comunidade.(Felipe).

A conclusão desse médico é que dentro das possibilidades de atuação do médico de família na ESF, a capacidade de absorver a demanda é menor do que a de oferta, gerando frustração e revolta. Felipe ressaltou que o médico de família já é sobrecarregado no seu dia a dia para ter que incluir mais uma função, e que, como concordou Tania, precisa-se “colocar um limite”:

Então aí vão gostando, vão falando pros outros e daqui a pouco você está fazendo só Acupuntura! Só que você tem que fazer HiperDia, tem que fazer puericultura, pré-natal, atender as demandas com febre, crises de asma, pico hipertensivo... Então, assim, seria mais uma coisa pra você fazer. Mas, eu não sei, a gente faz muito aqui, faz procedimento, coloca DIU, é muita, muita coisa. Então não dá. Tem hora que tem que colocar um limite. (Tania).

Segundo Felipe e Tania, uma vez ofertado determinado serviço em uma determinada unidade de saúde, a população assistida cria uma expectativa de conseguir vaga para ele,

podendo gerar conflitos no caso de haver insuficiência em suprir essa demanda nova gerada. Conflitos esses difíceis de serem compreendidos pela população, segundo Ana:

Então, teve uma época que teve um boom de gente batendo na minha porta, porque a notícia vai se espalhando, né? Começou a aparecer um monte de gente na minha porta querendo fazer por outras questões. E foi uma lenha ter que explicar que não, que não era assim, as pessoas achavam que era má vontade minha... (Ana).

O limite necessário relatado por Tania foi estabelecido por Ana ao restringir seus atendimentos a casos de dor crônica, não ampliando o atendimento com a Acupuntura para “as outras questões”. Mesmo assim, ela relatou dificuldades de estabelecer esse limite com a população. Além disso, os usuários beneficiados com a técnica da Acupuntura esperam ter a continuidade do tratamento ao longo do tempo, e a sua interrupção por questões operacionais da unidade gera frustração e retorno ao quadro inicial dos sintomas dolorosos, como explicou Monica:

As pessoas que faziam Acupuntura com ele, depois que ele saiu, sentiram muita falta. Algumas minhas, que eu comecei a fazer, foi até por causa disso. Porque elas ficavam ótimas quando ele tava aqui, depois quando ele foi embora todo mundo foi piorando [relato de uma situação em que o outro profissional acupunturista teve que parar o atendimento com Acupuntura na ESF]. (Monica).

Dessa forma, o dilema entre ofertar ou não ofertar a Acupuntura na APS pelo médico de família para o tratamento da dor crônica passa pela discussão acerca dos limites e das potencialidades de tais práticas no cotidiano da Saúde da Família. Como argumentos para se realizar a Acupuntura na APS em usuários com dor crônica pelo médico de família, temos: 1) dor crônica como uma das principais queixas da APS e principal indicação de Acupuntura; 2) APS como principal responsável pelo cuidado aos usuários com condições crônicas e de alta prevalência; 3) Acupuntura como técnica de baixo custo, fácil acesso aos insumos, boa resolutividade e de aplicabilidade viável em instalações das unidades básicas de saúde; 4) elevada capacidade da Acupuntura e das técnicas manuais de inativação de pontos-gatilho de proporcionarem empoderamento dos usuários; 5) possibilidade de tratar a dor crônica precocemente com Acupuntura, atuando na prevenção em todos os níveis, primário, secundário, terciário e quaternário; 6) Acupuntura como racionalidade que utiliza a integralidade como eixo do pensamento holístico; 7) necessidade da ESF de dar acesso aos

usuários, diminuindo as filas de espera para atendimentos na rede secundária. Vários desses argumentos podem ser encontrados no relato a seguir de Mauro:

Eu logo depois comecei a perceber muito rapidamente que o local daquele conhecimento, o local onde ele seria mais útil não seria no hospital universitário. São técnicas de baixo custo, é fácil o acesso a agulha, seringa, enfim, os insumos são de baixo custo, são de largo acesso na Atenção Primária, e muitas das técnicas que a gente conhecia de inibição de ponto gatilho você poderia ensinar ao paciente, eles fazem automassagem, eles entendem ao raciocínio por trás, ele é de uma complexidade... eles podem ser explicados. Eles não são complexos demais a ponto do paciente não conseguir entender. Então você pode empoderar o paciente, que é outro atributo da Atenção Primária. [...] A Atenção Primária tem como ponto de honra o empoderamento do paciente. Então esse conjunto de conhecimento, ele era muito mais para estar na Atenção Primária. Onde o diagnóstico é precoce, tem de ser precoce, a coordenação do cuidado tá lá, então é preciso saber criar melhor para passar para a secundária, para desafogar a rede.(Mauro).

4.4 NOVOS DESAFIOS: ACUPUNTURA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde seu surgimento como forma de “reorientação do processo de trabalho” (BRASIL, 2012b), a ESF está em processo de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária e, portanto, em constante renovação e reavaliação. Uma das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para “ampliar a abrangência e o escopo das ações” e sua resolubilidade na APS foi a criação do NASF pela Portaria GM n.º 154 (BRASIL, 2008, p.2). Nessa época, entraram em cena profissionais atuantes na Atenção Primária, incluindo o profissional médico acupunturista, dentro de uma configuração de apoio matricial—que ampliou a relação multiprofissional para novas formas de interação nas equipes, revendo o modelo médico-centrado estabelecido historicamente para um novo modelo baseado na interdisciplinaridade, e questionando o sistema de encaminhamento organizado hierarquicamente em níveis de gestão (primário, secundário e terciário), fragmentado e verticalizado, em que o encaminhamento caracterizava-se pela simples transferência de responsabilidades. Segundo Campos (2007): “O trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado” (p.404). Portanto, a decisão de modo compartilhado prevista pelo NASF baseia-se na subjetividade inerente ao cuidado e ao campo das incertezas, em que nenhum profissional é capaz de, sozinho, delimitar o que é melhor para seus usuários.

Em 2014, foram incorporadas novas categorias profissionais, demonstrando mais uma vez que o NASF e as equipes de referência estão em constante transformação e construção com relação às novas relações de trabalho. O diálogo entre diferentes categorias profissionais, de diferentes especialidades, que incorpora distintos saberes oriundos de ambas as partes — equipes de referência e equipes de apoio do NASF — trazem questões subjetivas que transcendem à simples prática ambulatorial de um único profissional, ao “agregar recursos de saber” e ao aumentar a capacidade resolutiva das equipes, no que Campos denomina como “compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades”:

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. [...] Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente se facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, como também montar um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro (CAMPOS, 2007, p.401-402).

Segundo Campos, o papel de cada profissional deve ficar bem claro e, segundo Janaina, o papel do profissional acupunturista do NASF seria de trazer o conhecimento da Acupuntura “como uma alternativa”, ao refletir sobre a elaboração de um projeto terapêutico singular em conjunto: “Não vai ser tipo um ambulatório de Acupuntura que a pessoa vai lá só para fazer Acupuntura. Acho que dentro do plano terapêutico singular daquele paciente você pode inserir a Acupuntura como uma alternativa”. (Janaina).

Janaina, portanto, acredita que o NASF é capaz de acrescentar os conhecimentos da Acupuntura na rotina dos médicos de família, ao incorporar o ensino das técnicas. Por ser um núcleo de apoio à Saúde da Família, o NASF também pertence à APS, porém atuando na retaguarda e priorizando ações de matriciamento. Portanto, o trabalho do NASF não prevê agendamentos de usuários para os especialistas atuarem sozinhos. A ferramenta mais importante do matriciador é o diálogo com as equipes de referência, já que “o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores”(CAMPOS, 2007, p. 401).

Seguindo essa lógica, a comunicação entre o acupunturista do NASF e a equipe de referência durante o matriciamento deve ser guiada no sentido de facilitar a clínica ampliada,

promover um aumento na resolutividade dos casos e aproximar o cuidado à visão integral. O diálogo entre duas racionalidades distintas, porém é uma questão complexa, trazida na fala de Monica:

A proposta do NASF não é só o atendimento. E aí tem que ver como é que você conseguiria compatibilizar as duas coisas. Porque não ia ter como o NASF estar treinando alguém para fazer Acupuntura porque é um curso de especialização. Então você pode dar umas dicas da teoria da medicina chinesa, mas o negócio lá, o procedimento, eu não sei como é que funcionaria. (Monica).

Alguns médicos afirmaram que algumas técnicas de Acupuntura podem ser ensinadas aos médicos através do matriciamento do NASF, já que se utilizam de lógica semelhante ao modelo biomédico ao qual estão habituados, como é o caso da AMC. O processo de trabalho do NASF foi descrito por Mauro, na fala a seguir, que organiza uma agenda própria para o trabalho com as equipes, incluindo o atendimento conjunto, a participação em reuniões de equipe e as visitas domiciliares:

Eu tenho uma agenda que os colegas preenchem online, um GoogleDoc compartilhado com as equipes, então eu já sei de antemão quem mais ou menos eu vou ver com aquele profissional, eles colocam lá o nome do profissional que é responsável. Então eu procuro aquele profissional na sala dele, o paciente entra, a gente atende juntos e faz os procedimentos que sejam juntos, avalia da maneira que seja... e depois eu vou para o próximo. Não sei se isso ajuda. Nessa agenda eu também coloco reunião de equipe, passo a primeira hora numa reunião de equipe junto com os colegas, fazendo algum tema que eu coloquei ali para ser discutido. Então eu posso incluir aí uma VD [visita domiciliar]. (Mauro).

À exceção de Mauro, todos os outros médicos entrevistados relataram que não havia acupunturista nas suas equipes NASF de referência; três afirmaram que são poucos os profissionais de outras especialidades existentes nas equipes NASF e que acessam pouco esses profissionais; e dois afirmaram que não existe equipe NASF de apoio às suas equipes. Isso mostra que a implantação do NASF nas unidades onde os médicos foram entrevistados ainda está em fase incipiente, com poucos profissionais e pouca interação entre eles e as equipes da ESF. Dessa forma, não foi possível avaliar a realidade do apoio matricial do acupunturista na ESF, ficando a discussão pautada no campo das ideias.

Como vimos anteriormente, a proposta do NASF não prevê a alocação de profissionais em sedes próprias, pois seu objetivo primordial é o apoio matricial às equipes de referência nas unidades básicas, onde a população adscrita tem maior vínculo, e com quem devem atuar

em conjunto no planejamento do projeto terapêutico singular dos usuários. No caso da Acupuntura, porém, várias foram as dificuldades encontradas com relação à estrutura física das unidades de Saúde da Família, que não comportam o atendimento a vários usuários ao mesmo tempo, como costuma ser feito em unidades de atendimento especializado de Acupuntura, principalmente pela composição e quantidade de salas. Além disso, segundo os médicos entrevistados, a atuação dos médicos de família em conjunto com o NASF na prática da Acupuntura não seria suficiente para suprir a demanda reprimida para os usuários com dor crônica, devido à insuficiência embutida na lógica de trabalho do NASF e da ESF, como explicou Felipe:

Talvez esse tipo de abordagem seja insuficiente para a demanda que eu tenho lá. [...] porque, por exemplo: se eu fosse encaminhar para o NASF, atualmente eu teria uns 100 pacientes para mandar lá no meu posto. [...] Será que o NASF [...] teria como dar conta dessa demanda? Essa é a minha questão. (Felipe).

Essa opinião corrobora a ideia de Mendes (2012), de que a composição das equipes básicas da ESF é insuficiente para dar conta do manejo das condições crônicas. Esse autor sugere a participação de outros profissionais como membros orgânicos, o que, porém, entra em conflito com a lógica da constituição das equipes, formadas apenas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e os agentes comunitários, além da equipe de saúde bucal e dos profissionais das equipes de apoio do NASF. A ideia do NASF trabalhando como apoiador da ESF em centros de referência secundários, com sede própria, não deve ser descartada, apesar de ser uma ideia bastante controversa e que vai contra o que é dito nos documentos oficiais que regulamentam a sua prática:

A publicação de material da Secretaria Municipal de Saúde que detalha as diretrizes e as referências para o funcionamento do NASF no município, de forma textual e clara, contendo elementos como: [...] Área física, equipamentos e materiais adequados para a realização de ações técnico-pedagógicas, socio sanitárias e clínico-assistenciais (como atendimentos específicos individuais, atividades educativas com a população e atividades de educação permanente com os profissionais das equipes vinculadas), podendo ser desenvolvidas na própria UBS ou em espaços comunitários do território (BRASIL, 2014, p. 30-31).

Mesmo assim, existem experiências espalhadas pelo Brasil que mostram o NASF atuando em sedes próprias e mantendo a mesma lógica de apoio descrita anteriormente, como é o caso do Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI) em Recife (BRASIL, 2015).

Composto por profissionais que atuam com práticas integrativas em conjunto com a equipe de Saúde da Família, o NAPI tem sede própria e lógica de territorialização, e os profissionais estão associados a equipes de referência assim como no NASF. O objetivo traçado para o NAPI é semelhante: reforçar o cuidado com os usuários da rede municipal e fazer os encaminhamentos para os serviços especializados, aumentando a resolutividade da atenção básica na rede municipal (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 2015).

ONASF, porém, não se constitui na teoria como um ambulatório específico ou como porta de entrada, embora também possa fazer atendimentos em casos isolados (BRASIL, 2014). A maioria dos médicos entrevistados, entendendo essa determinação, concordaram que a Acupuntura no NASF não deve ser pautada na lógica de instituir um ambulatório, mas sim em ações de matriciamento. Felipe e João acreditam que é necessário uma agenda e espaço físico para o acupunturista na unidade básica:

Eu acho que seria melhor, por exemplo, digamos: vai ter Acupuntura no posto. Então é na sala onde vai ter um acupunturista, com uma agenda, para onde os pacientes do posto serão encaminhados sempre que eles precisarem. Eu acho que assim funcionaria. Como se fosse um especialista realmente, com uma agenda própria com, enfim, tendo condições de otimizar o tempo, de uma forma sem entrar em conflito com outras atribuições. (Felipe).

Aí eu acho que é a discussão: qual é o papel do NASF [...] Se a gente entender que o NASF é um ambulatório de especialidades mais próximo da Atenção Primária, aí é no NASF. Mas aí a gente precisa de um espaço físico para ele. (João).

Janaina sugeriu que o acupunturista do NASF tirasse dúvidas, discutisse casos, avaliasse junto com o MFC e não que fizesse atendimento individual, mas sim capacitasse o médico de família para o agulhamento de pontos-gatilho, com acompanhamento de 6 meses na prática. No que tange ao matriciamento sob a ótica da Medicina Chinesa, afirmou que não imagina como seria esse apoio matricial a um médico de família que não tem formação em Acupuntura, com o que concordou Maria ao relatar o desafio do apoio matricial conflitando diferentes racionalidades, comparando o matriciamento da Acupuntura com o matriciamento em Saúde Mental:

Na psiquiatria a gente faz atendimento, a gente gera um diagnóstico e leva para discutir com o psiquiatra. E isso eu acho que na Acupuntura não vai acontecer por falta de base mesmo da Medicina Chinesa. Então fica difícil de um médico da rede conseguir fechar um diagnóstico de Medicina Chinesa se nunca teve contato. Eu acho que isso vai acabar ficando só a cargo do acupunturista do NASF (Maria).

Maria, preceptora de residência de Medicina de Família, relatou que os residentes se interessam em receber matriciamento em Acupuntura, que ela seria excelente no NASF, mas que inexistente, e que daria para fazer Acupuntura no NASF, com alguns atendimentos em conjunto com o médico de família.

Para isso, Mauro, que trabalha atualmente no NASF como matriciador em dor, tem um projeto de capacitação dos médicos de família, que é constituído de quatro etapas: presencial, sob tutoria, proposição de um protocolo final e validação, embasado em seus conhecimentos em AMC, como descreveu a seguir:

O NASF é matriciador. É como se eu fosse um preceptor. A diferença é que o nome matriciamento que a gente diz é que o NASF tem que ter noção de que ele não é só um preceptor, no sentido de eu ensino mas eu aprendo também. Então o matriciamento é uma capacitação em via dupla. [...] O atendimento individual é possível, mas se ele se torna o centro, pouca diferença existe entre um NASF e uma Atenção Secundária na ponta primária. Por que? Porque o colega que está lá não vai sair capacitado do que você está fazendo. Você só está atendendo no ambiente da Atenção Primária. (Mauro).

Mauro referiu-se a uma “capacitação em via dupla”, valorizando os saberes oriundos da transdisciplinaridade no contexto da dor, ao que Campos (2007) se refere como “retaguarda assistencial” e ao mesmo tempo “suporte técnico-pedagógico”, no trecho a seguir:

A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar [...] O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (CAMPOS, 2007, p.400).

Mauro acredita que o NASF deve disponibilizar literatura e capacitar na prática o médico de família para o procedimento, e que a atividade de grupo do NASF é um momento de treinamento dos ACS. Ana, no entanto, acredita que não é fácil o NASF ensinar Acupuntura para o médico de família. Refere que mesmo que seja dada uma aula ou curso aos residentes, eles não colocam em prática, porque o médico de família não se sente seguro para aplicar o conhecimento de Acupuntura sem formação prévia. Ela completa dizendo: “se a Acupuntura não estiver no NASF não vai estar na APS”. Sugeriu, então, que o profissional do NASF ensinasse um “beabá”, um diagrama, contradizendo-se em seguida ao afirmar que cada

acupunturista trabalha de uma forma e que a especificidade da Acupuntura é justamente o diagnóstico individualizado, não cabendo, portanto, a utilização de diagramas.

Essa lógica de ensino em diagramas é o que acredita Tania, ao afirmar que o profissional do NASF pode ensinar os profissionais da APS os pontos mais comuns, sem precisar fazer a pós-graduação em Acupuntura —sendo o NASF o local mais adequado para o acupunturista ficar. Da mesma forma que Ana, Tania entrou em contradição ao relatar que não ensina seus residentes as técnicas de agulhamento, alegando que este conhecimento é uma coisa própria dela e não do médico de família em formação:

Mas não tem uma preocupação minha nem da residência de formar os médicos de família sabendo Acupuntura. Porque na verdade isso é uma coisa minha que eu trouxe e eu estou usando, assim. Às vezes eu mostro pra eles mas não ensino pra eles. É verdade, nunca tinha pensado nisso. (Tania).

Para o trabalho NASF, o que foi sugerido foi a capacitação “em via dupla”, embasada nas mesmas técnicas da AMC e da Clínica de Dor, e aplicação de agulhas nos mesmos pontos “básicos” de MTC; realizada durante os atendimentos conjuntos com os médicos das equipes de referência ou, raramente, pelo acupunturista do NASF de forma individual. Outra sugestão foi a presença de um espaço físico à parte para o agendamento de usuários para o acupunturista do NASF e a inserção do acupunturista como mais um membro da equipe “orgânica”, o que foi bastante controverso entre os entrevistados.

Mauro acredita que a Atenção Primária é um campo aberto para a pesquisa em Acupuntura e dor crônica e que existe grande potencialidade para estudo nesse campo:

A Acupuntura só começou a ser especialidade médica depois que eles começaram a fazer trabalhos com milhares de pessoas. Todos padronizados. Os mesmos critérios. Podendo comparar. E, atualmente, o pessoal está querendo juntar os bancos de dados, todos eles, e tirar outras análises que não conseguiram fazer até agora, tipo, porque o ponto sham é tão bom quanto o placebo? Enfim, a Atenção Primária tem essa potencialidade (Mauro).

Ele completa dizendo que “Ou a Atenção Primária começa a participar da pesquisa ou muita coisa a gente não vai conseguir avançar”(Mauro).

Dessa forma, muito ainda há que se estudar quando se fala de Acupuntura, dor crônica e Atenção Primária. Esses temas ainda são pouco debatidos e aprofundados nos campos do ensino, da pesquisa e do planejamento de ações estratégicas, devendo ser, portanto, pontos de

pauta em fóruns de diferentes níveis de gestão e de coordenação de cursos de graduação de medicina e especialização de Medicina de Família e Comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa, proposta com o objetivo de analisar a oferta e as contribuições da Acupuntura no cuidado aos usuários com dor crônica, na APS do Rio de Janeiro, evidenciou uma oferta de serviços de Acupuntura muito inferior à demanda existente de usuários com dor crônica. Isso pode ser evidenciado pelos relatos dos entrevistados, que se mostraram receosos de oferecerem e divulgarem tais práticas à população adscrita das suas equipes. Esse receio partiu da premissa de que isso geraria um “boom” de usuários com dor crônica que não têm acesso aos serviços especializados de Acupuntura e Clínica de Dor na rede pública de saúde.

Na prática, a Acupuntura está inserida na Atenção Primária do município, a partir da Carteira de Serviços e da vivência dos médicos de família entrevistados. Considerando todas as funções exercidas pelo médico de família e que estão descritas na Carteira de Serviços, historicamente, o médico da Atenção Básica não tinha como hábito exercer tantas funções e oferecer tantos serviços. Esses serviços são de responsabilidade das equipes de Saúde da Família e são constantemente avaliados pelo PMAQ-AB (BRASIL, 2012c).

A oferta atual de Acupuntura proporcionada pelos médicos de família nas suas unidades, e pelo médico do NASF entrevistado, é restrita a poucos casos, em raras situações e, muitas vezes, sem o retorno para novas sessões de acompanhamento. Os médicos que atuam na Atenção Básica são, cada vez mais, os médicos de família, e muitos deles com residência médica ou com titulação na especialidade Medicina de Família e Comunidade. Durante a formação de um residente em MFC no município do Rio de Janeiro, faz parte do aprendizado o treinamento nas funções descritas pela Carteira de Serviços. É de se esperar, então, que a Acupuntura seja um dos objetivos de aprendizado do residente. Ao contrário, na graduação em medicina quase não se fala de Acupuntura e práticas integrativas, sendo incluídas, muitas vezes, somente em disciplinas eletivas.

A identidade do médico da APS, cada vez mais, está ligada à especialidade Medicina de Família e Comunidade, pois é quase impossível hoje em dia falar de Atenção Primária nos fóruns de discussão desse setor sem falar nessa especialidade. Portanto, quando se fala sobre Acupuntura na APS, estamos nos referindo fundamentalmente à prática da Acupuntura pelo médico de família.

Se o médico de família da APS tem por obrigação cumprir todas as funções destinadas a ele —e estas são numerosas —e, além disso, é responsável pelo cuidado de todos os que residem na área adscrita de sua equipe —que também é um número grande de pessoas — um dos fatores que limita a atuação com a Acupuntura, além da sobrecarga de trabalho, é o fato

de ser uma atividade que não está comumente inserida na sua formação, por ser considerada opcional. A discussão se deve ou não ser incluída como atividade obrigatória do médico de família parte da reflexão acerca da balança entre as vantagens e desvantagens do uso dessa prática, seus limites e potencialidades.

Já pelo NASF, a oferta da Acupuntura se dá somente pelo médico entrevistado que começou recentemente as capacitações em procedimentos de Clínica de Dor, que incluem técnicas de AMC, mas que só são aplicadas em ações de matriciamento e, raramente, com sessões individuais pontuais. Há também um número muito reduzido de médicos acupunturistas na rede municipal de saúde, sendo a rede estadual e federal mais voltadas para os setores terciário e quaternário. Essa rede é insuficiente para atender a todos os casos de dor crônica, principalmente aqueles que, teoricamente, deveriam ser assistidos na Atenção Primária e Secundária.

A percepção dos médicos de família entrevistados é de que essa oferta é muito pequena em vista da demanda, e que a Acupuntura tem grandes possibilidades de contribuir para a ESF e para o NASF, principalmente aos casos dos usuários com dor crônica. Por esse motivo, os profissionais começaram a exercer a prática da Acupuntura de forma experimental e ainda incipiente, afim de somarem ações no cuidado de seus usuários desde os casos de dor aguda, passando pela dor crônica “agudizada”, até os casos de dor crônica instalada há muitos anos.

Os limites encontrados pelos entrevistados para a prática da Acupuntura na APS foram: 1) dificuldades no agendamento do retorno a novas sessões de Acupuntura; 2) a dificuldade de introduzir a racionalidade da Medicina Chinesa no cotidiano de outros médicos com formação Ocidental; 3) o diálogo do NASF com as equipes de referência da ESF dentro de outra racionalidade; 4) a falta de espaço físico para executar a Acupuntura em mais de um usuário ao mesmo tempo; 5) a sobrecarga de trabalho e de funções do médico de família; 5) a falta de insumos e 6) a falta de rede de encaminhamento secundária para Acupuntura e Clínica de Dor.

As potencialidades que a Acupuntura tem no cuidado aos usuários com dor crônica na APS e que foram apontadas pelos médicos entrevistados foram: 1) eficácia da Acupuntura no tratamento da dor crônica; 2) a possibilidade de atuação no cuidado a uma condição crônica e de alta prevalência, responsabilidade da APS; 3) baixo custo, fácil acesso aos insumos e boa resolutividade da Acupuntura; 4) possibilidade de atuação com Acupuntura no próprio consultório médico das UBS; 5) elevada capacidade da Acupuntura e das técnicas manuais de inativação de pontos-gatilho de proporcionarem empoderamento dos usuários; 6)

possibilidade de tratar a dor crônica precocemente com Acupuntura, atuando na prevenção em todos os níveis, primário, secundário, terciário e quaternário; 6) abordagem integral dos usuários com dor crônica utilizando o pensamento holístico da Acupuntura e Medicina Chinesa; e 7) possibilidade de ampliar o acesso aos usuários com dor crônica, diminuindo as filas de espera para atendimentos na rede secundária.

Ora, se a Acupuntura é eficaz, custo-efetiva, resolutiva, pode ser utilizada em casos agudos, crônicos ou “crônicos agudizados”, na demanda espontânea ou na demanda programada —muitas vezes até auxiliando no controle da demanda espontânea —, e pode ser ensinada ao médico de família por meio de protocolos e capacitações simples, não há motivo para não se ampliar o debate sobre o tema da dor crônica nos fóruns de gestão e planejamento de ações do município do Rio de Janeiro e das coordenações de Residência Médica do município.

A dor crônica pode ser considerada um problema de saúde pública, haja vista a sua elevada prevalência na população e o aumento da incidência decorrente das transições demográfica e epidemiológica. Não é à toa que a SBED tem uma proposta de construir uma Política Nacional de Saúde em Dor, permitindo que sejam elaboradas linhas de cuidado para os usuários com dor crônica. Tal proposta, uma vez instituída pela gestão de saúde do município, seria capaz de aumentar a resolutividade de grande parte das situações vivenciadas na Atenção Primária, possivelmente reduzindo até os custos com saúde pública.

A Acupuntura tem boa resposta no tratamento da dor, seja ela aguda ou crônica, e possibilita ampliar o cuidado aos usuários em outros níveis de sofrimento associados, como a incapacidade física, os efeitos adversos dos medicamentos e o sofrimento mental, podendo inclusive atuar no sofrimento difuso. A dor crônica é a principal indicação para o tratamento com Acupuntura, que já tem grande aceitação da sociedade e no meio médico, haja vista os inúmeros trabalhos demonstrando sua eficácia no controle da dor.

Ao inserirmos a Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na APS no município do Rio de Janeiro, nos propomos a discutir as contribuições da Acupuntura face a um problema de saúde pública, para o qual há pouca oferta de serviços e uma grande demanda por atendimentos. Por ser um problema de alta prevalência, deve ser administrado pelas equipes que trabalham com Atenção Básica, ou seja, das equipes da ESF e do NASF, não sendo, porém, dispensável a existência de profissionais e serviços especializados nos outros níveis de atenção à saúde.

No caso da discussão da dor crônica no contexto da ESF, o profissional mais capacitado para o cuidado com os usuários parece ser o médico de família. Este já está

acostumado, pela especificidade da especialidade, a atuar em diversas frentes de tratamento para as mais variadas situações em saúde, sendo constantemente submetido a processos de educação permanente e incorporação de novos conhecimentos e de novas técnicas. A Acupuntura é mais uma possibilidade dentro do seu campo de saberes, inclusive sendo prevista como atividade opcional da Carteira de Serviços.

Acupuntura e Medicina Chinesa combinam visões de integralidade, promoção da saúde, prevenção de desarmonias e empoderamento dos usuários, que dentro da Medicina de Família e Comunidade são eixos estruturantes. Além disso, o médico de família é responsável por fornecer a seus usuários a continuidade do cuidado, a acesso a todas as necessidades de saúde e uma alta capacidade resolutiva capaz de diminuir as filas de espera em serviços especializados. Tudo isso, associado à prática da Acupuntura, tende a gerar êxito no resultado final do cuidado aos usuários com dor crônica. Outros motivos que justificam a prática da Acupuntura por médicos de família são o baixo custo do tratamento e falta de profissionais na rede secundária.

Apesar do médico de família ter alta resolutividade em muitos dos seus atendimentos, porém, a realidade atual é de grande sobrecarga de funções e de número de atendimentos, tanto dele quanto dos outros profissionais da equipe, gerando uma insuficiência no cuidado integral aos usuários com dor crônica. De fato, os médicos entrevistados demonstraram enorme habilidade na *práxis* da Acupuntura, refletindo sua prática a cada dia de trabalho e evoluindo e aumentando suas potencialidades. O limite do médico de família, porém, impõe a necessidade do apoio dos profissionais do NASF e dos outros setores, pois a simples inserção da Acupuntura na realidade da prática do médico de família não substitui a necessidade de suprir à demanda maior por atendimentos em Acupuntura e dor crônica.

As equipes de apoio do NASF atuam dentro das unidades de Saúde da Família, em conjunto, compartilhando as responsabilidades, e poderiam promover a capacitação dos médicos de família em técnicas oriundas da AMC e de protocolos implementados com alguns pontos básicos de Medicina Chinesa. A interlocução de saberes dentro da ótica da MTC fica restrita aos casos em que o médico de família já tem uma formação prévia na especialidade Acupuntura/MTC.

A especificidade das práticas vitalistas, a utilizar outra racionalidade, questiona o papel dos profissionais das práticas integrativas, como os acupunturistas, homeopatas e médicos antroposóficos, dentro no NASF, pois a comunicação e discussão de casos fica dificultada. Por esse motivo que o município de Recife implementou o NAPI, ou seja, um NASF “adaptado” às práticas integrativas, que inclusive tem estrutura física própria. Como o

NAPI mantém a lógica da territorialização, do vínculo com as equipes de referência da ESF e elabora os projetos terapêuticos singulares em conjunto, não pode ser considerado rede secundária de saúde, sendo mais próximo do que o médico João chamou de “Atenção um e meio”, ou seja, uma Atenção Secundária mais próxima da Atenção Primária.

Essa discussão do NAPI se torna necessária, uma vez que, na prática, os serviços da rede secundária de saúde tendem a ter um distanciamento da Atenção Primária, atuando de forma isolada, e o NASF sofre a dificuldade da interlocução das práticas integrativas com o modelo biomédico. Além disso, a proposta do NASF não é de substituir a Atenção Secundária, e sim aumentar a resolutividade da Atenção Primária para não sobrecarregar os outros setores. De qualquer forma, a existência de profissionais especialistas nos outros setores é fundamental, já que a APS não tem capacidade de resolver todas as demandas em saúde, principalmente considerando a situação atual de sobrecarga das equipes da ESF. Alguns médicos entrevistados, inclusive, consideram a Atenção Secundária o lugar primordial para a Acupuntura, já que é a única possibilidade atualmente de se instituir um ambulatório de Acupuntura com atendimento em grande escala.

O debate levantado neste trabalho ampliou a discussão de redes de serviços de Acupuntura para além da oferta de serviços, trazendo múltiplas visões incorporadas pelos médicos de família que, uma vez “contaminados” pelo conhecimento da Medicina Chinesa, são capazes de ter um outro olhar para os usuários com dor crônica e de somar conhecimentos e ações ao invés de substituir uma medicina pela outra. O discurso prevaleceu o do modelo biomédico hegemônico, porém isso não interferiu na ampliação do olhar, já que são apenas diferentes formas de explicar o mesmo fenômeno. Na prática, o cuidado só se ampliou, não havendo um dilema preciso na escolha de tais visões, pois a questão central não está no confronto dos modelos explicativos. É certo que há um risco de serem reducionistas frente aos conhecimentos da Medicina Chinesa, mas, dentro das competências do médico de família, isso não atrapalha em nada.

A falta de consenso entre os entrevistados acerca do papel da Acupuntura na realidade da Atenção Primária demonstra nos depoimentos uma série de dúvidas e incertezas, evidenciadas pelas contradições, pelo discurso pausado e interrompido e pelas oscilações nas respostas. Todos demonstraram interesse em ampliar as práticas da Acupuntura na APS, mas a forma como isso poderia ser feito não foi bem definida, o que mais uma vez reforça a necessidade de se ampliar o debate em fóruns de discussão e de educação permanente sobre as práticas na APS no cuidado aos usuários com dor crônica.

Para a prática do médico de família, as sugestões se voltaram para uma visão mais

focada nos princípios da AMC e da Clínica de Dor, embasados no modelo biomédico, e para aplicação de agulhas em alguns pontos básicos da Medicina Chinesa. O raciocínio tradicional da MTC foi, portanto, deixado de lado, estando presente apenas como uma especificidade dos médicos de família que já têm a formação completa. Para esses profissionais com formação em Acupuntura, ficaria a seu critério a decisão de atuar na lógica da MTC.

O que foi evidenciado na pesquisa e na fala dos entrevistados foi que os médicos de família da rede de saúde do município demonstraram coragem em serem pioneiros nesse trabalho de ressignificação do cuidado e transposição de limites antes confortáveis, pois para muitos médicos, o encaminhamento funcionava como uma simples transferência de responsabilidade para outros níveis de assistência, os quais devolviam os usuários para a rede primária e estes acabavam ficando sem tratamento adequado. Portanto, dentro da lógica da responsabilização das equipes da Atenção Primária, da coordenação do cuidado e da visão integral dos sujeitos, não há limites que não sejam intransponíveis e não há portas que não possam ser abertas quando se fala em dor e sofrimento. Possivelmente, serão necessários maior apoio e suporte físico e estrutural a esses médicos da APS, ampliação da rede de acupunturistas de referência pelo SISREG e viabilização de espaços de escuta e educação permanente sobre Acupuntura e dor crônica na APS.

Um dos temas levantados neste trabalho foi o itinerário terapêutico dos usuários com dor crônica, que acabou sendo pouco abordado nas entrevistas. Foi citada somente a “peregrinação” que os usuários acabam passando pelo sistema de saúde, em busca de seu cuidado integral, porém sem um debate mais ampliado sobre o tema. Por esse motivo, esse também deve ser pauta de discussão e de novas pesquisas a fim de reduzirmos mais uma forma de sofrimento desses usuários.

Resta agora ampliar o debate para outros fóruns, nos quais a gestão em saúde e as instituições de ensino e pesquisa possam participar e contribuir, no intuito de ampliar e qualificar a oferta da Acupuntura em todos os níveis e a todos os usuários que optem por essa terapêutica, principalmente àqueles que convivem com o sofrimento da dor crônica. A consequência disso seria o aumento da capacidade resolutiva e da ampliação do olhar para a visão integral na atenção e no cuidado aos sujeitos.

REFERÊNCIAS

Aaron LA, Turner JA, Mancl LA, Sawchuk CN, Huggins KH, Truelove EL. Daily pain coping among patients with chronic temporomandibular disorder pain: an electronic diary study. *J Orofac Pain* 2006;20:125–37.

ALERJ. Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro. Governo do Estado do Rio de Janeiro. 27 de janeiro de 1999 [acesso em 10 set 2013]. Disponível em: <http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/143706/lei-3181-99>

Atkinson JH, Slater MA, Williams RA, Zisook S, Patterson TL, Grant I, et al. A placebo-controlled randomized clinical trial of nortriptyline for chronic low back pain. *1998;76(3):287-96.*

Bardin L. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. Análise de Conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2011. 1ª reimpressão da 1ª edição.

Berman BM. Complementary medicine and medical education. Teaching complementary medicine offers a way of making teaching more holistic. *British Medical Journal*. Volume 322. January. 2001. University of Maryland. School of Medicine. Baltimore, Maryland. *BMJ* 20 JANUARY. 2001;322:121–2.

Bier ID., Wilson J., Studt P, Shakleton M. Auricular acupuncture, education, and smoking cessation: A randomized, sham-controlled trial. *American Journal of Public Health*. October 2002, Vol. 92, No. 10.

Birch S. Overview of models used in controlled acupuncture: studies and thoughts about questions answerable by each. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, Edinburgh, v.3, p.207-217. 2003.

Bond M. Why Pain Control Matters in a World Full of Killer Diseases. *International Association for the Study of Pain*. Volume XII, No. 4 September 2004

Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Physis: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9(1): 123-150, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, PMNPC. Resumo executivo, Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 1. ed. –2006a, 92 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 12, Obesidade. 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154 de 24 de janeiro de 2008a. Diário Oficial da União. Seção 1. p. 47.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 2, 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, Brasília, DF, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização de serviços, padrões de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE/Ministério da Saúde; 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.124 de 28/12/2012, Brasília, DF. 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012b.

Brasil. Ministério da saúde. DAB, Departamento de Atenção Básica. 2012c. Portal da Saúde. 21 de julho de 2011 [acesso em 1 mar 2015].Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php

Brasil. Revista Brasileira Saúde da Família / Ministério da Saúde – Ano 12, n. 31 (jan. / abr. 2012). – Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. p.1-16.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, DF, 2012e.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

Brasil. Ministério da Saúde. Portal eletrônico da Comunidade de Práticas [acesso em 22 fev 2015]. Disponível em:<https://cursos.atencaobasica.org.br/temas/nucleo-de-apoio-em-praticas-integrativas-napi>

Cabo DJV. Homeopatia na Estratégia Saúde da Família: apoio matricial e visão sistêmica cartografando a integralidade do cuidado. Rio de Janeiro; 2013. 77 f. Dissertação [Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia Saúde da Família] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Cabral ALLV, Hemáez, A. M., Andrade, E. L. G, Cherchiglia, M. L. Itinerários terapêuticos, o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11):4433-4442, 2011.

Camargo Jr. KR. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: Pinheiro, R. Mattos, R., A. (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

Campos GWS.;Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

Capra F. O ponto de mutação. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2006. 447 p.

Carneiro NM. Acupuntura na prevenção e tratamento de náusea e vômitos. Colégio Médico de Acupuntura. Projeto Diretrizes, 2007[[acesso em](#)]. AMB/CFM 14 p. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br

Carr DB. PainControl: The new “whys” and “hows”. *PainInternationalAssociation for theStudyofPain*. Volume I, Issue 1, May 1993.

Carragee EJ, Vittum D, Truong T.P, Burton D. Paincontroland cultural normsandexpectationsafterclosed femoral shaftfractures. *Stanford UniversitySchoolof Medicine, California, USA. Am J Orthop (Belle Mead NJ)*.1999 Feb;28(2):97-102.

CFM. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM Nº 2.005/2012. (Publicada no D.O.U. 21 dez. 2012. seção I, p.937 a 940)

Chiaverini, DH. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236p.

CNESNet. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde [acesso em 7 abr 2014]. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp.

Coelho MO.e Jorge, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1523-1531.

Costa SF. Método Científico: os caminhos da investigação. São Paulo. Harbra: 2001. 104p.

Crombez G. Fearandpain. PainInternationalAssociation for theStudyofPain. Volume XV, No 6. August 2007.

Cunha GTA construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 3. ed.. São Paulo: HUCITEC: 2010. 212 p.

Dallegrave D, Boff C, Kreutz JA. Acupuntura e Atenção Primária à Saúde: análise sobre necessidades de usuários e articulação da rede. Revbrasmedfam comunidade. Florianópolis, 2011 Out-Dez; 6(21): 249-56.

Damásio AR. O Erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.D.O.U., 09/10/ 2005, Seção I, p. 189-192. Resolução CFM Nº 1.763/2005.

Diário de Pernambuco. Recife lança programa pioneiro de atenção à saúde. Redação do diariodepernambuco.com.br. 7 de junho de 2010 [acesso em 22 fev 2015]. Disponível em:<http://www.old.diariodepernambuco.com.br/brasil/nota.asp?materia=20100607074252&assunto=71&onde=VidaUrbana>

Eberhard G, von Knorring L, Nilsson HL, Sundequist U, Björling G, Linder H, et al. A double-blindrandomizedstudyofclomipramine versus maprotiline in patientswithidiopathicpainsyndromes. Neuropsychobiology. 1988;19(1):25-34.

EFIC. European Federation of IASP Chapters. EFIC's declaration on pain as a major health problem, a disease in its own right [acesso em 1 set 2013]. Disponível em: www.efic.org/index.asp?sub=724B97A2EjBu1C

Einstein, Albert. Hospital Israelita. Diretrizes Assistenciais, Diretriz de Tratamento Farmacológico da dor. Versão eletrônica atualizada em março de 2012.

FDA. Food and drug administration. Portal eletrônico [acesso em 31 ago 2013]. Disponível em: www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm213264.htm

Ferreira DC. O itinerário Terapêutico de pessoas convivendo com HIV. (dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2011.

Fontanella BJB. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

Freitas ALP, Souza RGB. Um modelo para avaliação da qualidade de vida no trabalho em universidades públicas. Revista Eletrônica Sistemas & Gestão 4 (2) 136-154. Programa de Pós-Graduação em Sistemas de Gestão, TEP/TCE/CTC/PROPP/UFF. Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF), Rio de Janeiro, Brasil. 2009.

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

Gibson SJ. Older People's Pain. International Association for the Study of Pain. Volume XIV, No. 3 June 2006.

Good JB. Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective. Cambridge University Press, Cambridge, 1994a.

Good, M-JD, Brodwin PE, Good BJ, Kleinman A. Pain as the human experience: an anthropological perspective. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California University of California Press, Ltd. London, England. First Paperback printing 1994b.

Haddad ML, Marcon SS, Acupuntura e apetite de trabalhadores obesos de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm* 2011;24(5):676-82.

Haguette TMF. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Editora Vozes. 1987. p. 1-163.

Harstall C MLS, MHSA, Ospina M MSc, HowPrevalentIsChronicPain? *InternationalAssociation for theStudyofPain*. Volume XI, No. 2 June 2003.

Hernández AM. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. *UniversitatRovira i Virgili*. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006. [texto de apoio].

Hong CZ. *MyofascialPainTherapy. Soft TissuePainSyndromes: ClinicalDiagnosisandPathogenesis*. J MusculoskeletalPainDownloaded. Por The Haworth Press, Inc. 2004 [acesso em]. Disponível em: <http://www.haworthpress.com/web/JMP>

IASP. *InternationalAssociation for theStudyofPain*. [acesso em 1 mar 2014. Disponível em: www.dor.org.br/profissionais/noticia_conteudo.asp?xcod=42

IASP. *InternationalAssociation for theStudyofPain*. [acesso em: 3 mar 2014]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/s_projeto.asp). Acesso em 03 de março de 2014).

IASP. *InternationalAssociation for theStudyofPain*. [acesso em 5 set 2014]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Introduction.pdf>

IASP. *International Association for the Study of Pain*. [acesso em 29 mar 2015]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/TaxonomyIBGE>. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em 9 fev 2014]. Disponível em: www.ibge.gov.br

Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM. Copingwithpain. *PainInternationalAssociation for theStudyofPain*. Volume XVII, Issue 5. October 2009.

Lacerda A. & Valla V. Homeopatia e Apoio Social: Repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2003, p. 169-196.

Lacerda A. Redes de Apoio Social no Sistema da Dádiva: Um Novo Olhar Sobre a Integralidade do Cuidado no Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. (tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

Landsberg G, Simoni C, Barros NF; e col. Acupuntura em Atenção Primária à saúde: uma revisão. Porto Alegre. PROMEF, Ciclo 5, Módulo 4, 2011, 30 p. Artmed/Panamericana.

Lapane G et al. J AmGeriatrSoc 1999.

Larocca FEF. Nocebo: El lado opuestodel placebo. [Acesso em 1 abr 2014]. Disponível em: www.monografias.com

Lasch KE. Cultureandpain. InternationalAssociation for theStudyofPain. Volume X, N° 5. December 2002.

Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1996. p.23. [Série Estudos em Saúde Coletiva, 62].

Luz MT, Barros NF. (org.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Estudos Teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. 452 p.

Maciocia G. Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas. Segunda Edição. Trad: dra.Ednéa Iara Souza Martins. São Paulo. Roca, 2007. 967 p.

McCaffery M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. University of California, Los Angeles. Center for the Health

Sciences. Los Angeles, UCLA Students' Store. 1968.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2012. 512 p.: il.

Miceli AVP. Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(3): 363-373

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde. 13.ed.São Paulo: Hucitec, 2013.

Moore RA., McQuay HJ. *Arthritis Res Ther* 2005; 7:R1046-1051.

Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Gabapentin for chronicneuropathicpainandfibromyalgia in adults. *Cochrane DatabaseSyst Rev*. 2011;(3):CD007938.

Mota DDS. A eficácia da acupuntura: uma abordagem cultural para além da técnica(tese de doutorado). Universidade Federal Fluminense. Centro de Estudos Gerais. Programa de Pós-graduação em Antropologia. Niterói, 2009.

Murray M. AnswerstoYourQuestionsAboutSame-Day Schedulingtheconcept'sfounderexplainshowto do "today'sworktoday" and improve patientaccesstoyourpractice. *American Academyof Family Physicians.FamPractManag*.2005;12(3):59-64.

Nascimento MC. Acupuntura no serviço de assistência à saúde no município do rio de janeiro. Rio de Janeiro; UERJ/IMS; 1998. 54 p. (Estudos em Saúde Coletiva, 160).

Nascimento MC. Acupuntura, interculturalidade e medicina. In: Nascimento, MC (org). As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006.

Nascimento MC. Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde. In: Luz MT, Barros NF. (org.) Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro. UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. 452 p.

Nogueira MI. Entre a conversão e o ecletismo: de como médicos brasileiros tornam-se “chineses”. (tese de doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2003.

Nogueira MI. A formação médica sob a ótica do paradigma vitalista: via de entrada em um mundo novo. In: Nascimento MC; Nogueira MI. (org). Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares. São Paulo: Editora Hucitec, 2013. 235p. (Saúde em debate, 232).

Portugal. Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde. Autocuidados na Saúde e na Doença. Guias para as Pessoas Idosas, vol 7. A dor crónica de origem não maligna. Lisboa, 2001.

RelatoNuprin 1985, American SocietyConsultantPharmacists. Symposiahighlights, May 1998.

Rodriguez RF, Bravo LE, Castro F, Montoya O, Castillo JM, Castillo MP, et al. Incidenceofweakopioids adverse events in the management ofcancerpain: a double-blindcomparativetrial. J Palliat Med. 2007;10(1):56-60.

SBED. Projeto "controle da dor no Brasil" (Brasil sem dor). Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Capítulo brasileiro da InternationalAssociation for theStudyofPain (IASP). [acesso em 1 set 2013]. Disponível em:http://www.dor.org.br/profissionais/s_projeto.asp

Schelebusch KP,Maric-Oehler WJ. Biophotonics in theinfraredspectral range revealacupuncturemeridianstructureofthebody.

Popp FA. Source International Institute of Biophysics, Landesstiftung Hombroich, Neuss, Germany. 2005 Feb;11(1):171-3.

SMSDC/RJ. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro, 2011. 28p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SMSDC/RJ. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Portal Eletrônico da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro [acesso em 3 mar 2014]. Disponível em: www.rio.rj.gov.br/web/sms/academia-carioca

SMSDC/RJ. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. 2015a [acesso em 23 mar 2015]. Disponível em: <http://subpav.org/index.php>

SMSDC/RJ. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Portal eletrônico. 2015b [acesso em jan 2015]. <http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>

SMSDC/RJ. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Ações em Saúde. Práticas Integrativas. 2015c [acesso em 1 mar 2015]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/praticas-integrativas>

Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.155-174.

Souza EFAA. A pesquisa em medicina chinesa: análise crítica e propostas alternativas. In: Nascimento MC, Nogueira MI (org). Intercâmbio Solidário de Saberes em Saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. Tradução Anelise Teixeira Burmeister. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed 2010: 376 p.

TabWin - Informações Estratégicas para o Gestor da Saúde [acesso em 3 mar 2014].
Disponível em: www.tabwin.com.br

Tavares FM. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, Brasil. 2001. p.180 – 185.

Teixeira e cols. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. Instituto de Saúde Coletiva/UFBA. Secretaria de Saúde da Bahia-Sesab.Abrasco. Hospital Universitário de Brasília/Unb. Organização Pan-Americana de Saúde. Instituto de Medicina Social/UERJ. Centro Nacional de Epidemiologia/Fns/MS. Centro de Vigilância Epidemiológica/Ses-Sp; 1998. Epidemiol. SUS, Brasília, v. 7, n. 1, mar. 1998.

Teixeira VR. A Acupuntura nos Serviços Públicos de Saúde, uma prática possível: a experiência do Hospital Universitário Pedro Ernesto. (dissertação de mestrado). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro. 2007.

Tesser C D,& Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Ciência & Saúde Coletiva, 13(1):195-206, 2008.

Tesser CD,e Sousa IMC. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

Thomas M, Eriksson SV, Lundeberg T. A comparativestudyof diazepam andacupuncture in patientswithosteoarthritispain: a placebo controlledstudy. Am J Chin Med. 1991;19(2):95-100.

Trèves R, Montaine de la Roque P, Dumond JJ, e col. Desproges-Gotteron R. Prospectivestudyoftheanalgesicactionofclomipramine versus placebo in refractorylumbosciatica. RevRhum Mal Osteoartic. 1991;58(7):549-52.

Turk DC. Accesstheperson. PainInternationalAssociation for theStudyofPain. Volume I, Issue 3. September 1993.

Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Vozes 2002. 344p.

White A, HayhoeS, Hart A, Ernst E. Volunteers from BMAS and AACP. Survey of Adverse Events Following Acupuncture (SAFA): A Prospective Study of 32,000 Consultations. Acupuncture in Medicine 2001;19 (2):84-92 [acesso em mar 2014]. Disponível em:www.medical-acupuncture.co.uk/aimintro.htm

White A, CummingsM, Filshie J. Introdução à Acupuntura Médica Ocidental; (tradução Claudia da Silva Garrido) – São Paulo, Roca, 2013: 1 – 268.

WHO. Wold Heath Statistics, 2013. Site: <http://aim.bmj.com/> on March 29, 2015 [acessoem 1 set 2013].Published by group.bmj.com. Disponívelem: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf

Wolfe F1,Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al.The American Collegeof Rheumatology 1990 Criteria for theClassificationofFibromyalgia. ReportoftheMulticenterCriteriaCommittee. ArthritisRheum. 1990 Feb;33(2):160-72

Xinnong C. Acupuntura e MoxibustãoChinesa. São Paulo. Roca, 1999. p. 1-7.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



APÊNDICES

APÊNDICE 1– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA DA ESF DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Oferta e contribuições da Acupuntura a usuários com dor crônica na Atenção Primária do município do rio de janeiro” que será realizada com médicos de família que trabalham nas unidades básicas de saúde do município. Caso aceite participar do estudo, as informações obtidas serão utilizadas somente para satisfazer os objetivos da pesquisa, não sendo utilizadas para outro fim.

A sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com o gestor ou com a unidade contratante, ou ainda com a atividade profissional que exerce.

O objetivo da pesquisa é analisar a oferta e contribuições da Acupuntura no cuidado integral de usuários com dor crônica na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro.

A sua participação nesta pesquisa se dará por meio de entrevista individual e os benefícios da sua participação consistem em fornecer informações que permitam discutir este tema.

Todas as entrevistas serão gravadas, caso haja consentimento. O material será transcrito e analisado. Garantimos que as informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais, e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Você também pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o

endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Fernanda Pereira de Paula Freitas

Pesquisadora responsável

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP / Fiocruz

Av. Brasil, 4365, sala 310. Manguinhos - RJ 21040-900. Tel.: 3593-7277 / 98786-2265

Tel. Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/ Fiocruz: 2598-2570 / 2723

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2014.

Participante _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista e a utilização dos dados por ela gerados, conforme o previsto neste Termo de Consentimento.

**APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA DA
ESF DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Pesquisa de Mestrado Profissional

Pesquisadora: Fernanda Pereira de Paula Freitas

Orientadoras: Alda Lacerda e Valéria Romano

Sujeitos da pesquisa: Médicos de Família da rede básica de saúde do município do RJ

Dados de Identificação

Nome:

Sexo: () Feminino () Masculino

Faixa etária:

- | | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| () 80 a 84 anos | () 65 a 69 anos | () 50 a 54 anos | () 35 a 39 anos |
| () 75 a 79 anos | () 60 a 64 anos | () 45 a 49 anos | () 30 a 34 anos |
| () 70 a 74 anos | () 55 a 59 anos | () 40 a 44 anos | () 25 a 29 anos |

Formação Profissional:

Vinculação Institucional: servidor público federal () / servidor público estadual () / servidor público municipal () / contrato por OSS () / outro tipo de contrato () Qual? _____

Local de trabalho: _____ Cargo: _____

Tempo de trabalho neste local: _____ anos _____ meses

Tempo de prática de Acupuntura: _____ anos _____ meses

APÊNDICE 3 – QUESTÕES NORTEADORAS

1. Você trabalha ou trabalhou com Acupuntura na Atenção Primária à Saúde?
2. Fale sobre sua trajetória com Acupuntura na rede pública de saúde. (Investigar tempo, local, percurso)
3. Qual o critério de seleção que você utiliza para atender com Acupuntura no seu local de trabalho?
4. Como você consegue os insumos e outros recursos para a prática da Acupuntura na ESF?
5. Qual o perfil dos pacientes que você atende?
6. Como você registra esse procedimento no prontuário?
7. Você atende pacientes de fora do território de abrangência da sua equipe? Por quê?
8. Existe equipe NASF de referência para você? Se sim, nessa equipe tem acupunturista?
9. Você recebe algum tipo de capacitação para o seu trabalho com Acupuntura? Qual? Onde?
10. Onde você acha que deveria ser ofertada a Acupuntura no SUS?
11. Qual a sua opinião sobre a Acupuntura no NASF?
12. Você conhece outros locais que ofertam Acupuntura no município do Rio de Janeiro?
13. Você tem conhecimento de outros médicos de família que fazem Acupuntura no município do Rio de Janeiro?
14. Na sua opinião, quais seriam as estratégias para ampliar a prática da Acupuntura na APS?
15. O que você acha sobre o papel da Acupuntura na dor crônica na APS? (Investigar ESF)
16. Você tem mais alguma coisa que gostaria de acrescentar?