

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Gabriella Magalhães Salgueiro

Racionalidades médicas na atenção primária à saúde: acupuntura e auriculoterapia na
produção do cuidado Integral de pessoas com sofrimento difuso

Rio de Janeiro

2022

Gabriella Magalhães Salgueiro

Racionalidades médicas na atenção primária à saúde: acupuntura e auriculoterapia na produção do cuidado Integral de pessoas com sofrimento difuso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Alda Lacerda.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Medical Rationalities in Primary Health Care: Acupuncture and Auriculotherapy in the production of comprehensive care for people with diffuse suffering.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S164r Salgueiro, Gabriella Magalhães.
Racionalidades médicas na atenção primária à saúde: acupuntura e Auriculoterapia na produção do cuidado integral de pessoas com sofrimento difuso / Gabriella Magalhães Salgueiro. -- 2022.
63 f.

Orientadora: Alda Lacerda.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Acupuntura. 2. Água Potável. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Terapias Complementares. 5. Sofrimento Difuso. 6. Racionalidades Médicas I. Título.

CDD – 23.ed. – 615.892

Gabriella Magalhães Salgueiro

Racionalidades médicas na atenção primária à saúde: acupuntura e auriculoterapia na produção do cuidado Integral de pessoas com sofrimento difuso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde

Aprovada em 25 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Adriana de Freitas Velloso
Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Valéria Ferreira Romano
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Alda Maria Lacerda da Costa (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Olhando para esse espaço em branco meus pensamentos se voltam para 2020 quando iniciei no mestrado ainda imatura e sem saber muito sobre o que eu queria desenvolver deste projeto, mas com muitas expectativas. A pandemia do coronavírus atingiu o Brasil logo na segunda semana após início das aulas e lidar com frustrações foram minha maior fragilidade e potência durante esses anos; ressignificar o formato de aulas e me adaptar aos encontros virtuais; ressignificar que não seria possível um trabalho de campo, realizar grupos focais ou entrevistas e dar um novo tom e delineamento me fizeram pensar em desistir em diversos momentos, mas aqui estou. Não estive sozinha nesse caminho, aqui, nessas linhas, estão muitos corações, abraços e incentivos que não sei se conseguirei citar todos, mas caso esqueça de alguém, saiba que seu apoio está refletido aqui.

Queria iniciar agradecendo minha família. Minha mãe e minha irmã, minhas maiores incentivadoras, por acreditar e embarcar em todos os meus sonhos, por me apoiar nos meus momentos de fragilidade e por serem inspiração e exemplos de força e potencialidade. Meu pai e meu irmão por serem conforto e amparo nos momentos de alegrias, tristezas, angústias e incertezas. Por entenderem meus momentos de ausência, obrigada.

Agradeço também às minhas amigas, Suzana e Sabrina por terem sido ouvido, escuta, ombro, palavra, apoio e força. Obrigada por estarem presentes em mais essa etapa ao meu lado.

Agradeço imensamente à Rita (minha eterna preceptora indireta), Monique e Carol (que estão comigo desde a residência e durante essa turma de mestrado e hoje tenho como irmãs). As vivências, discussões, trocas e aprendizados que tenho com vocês constroem diariamente a médica, e a pessoa que sou. Se hoje estou concluindo o mestrado, vocês são as responsáveis.

Além delas, Renata, Camilla, Mariana, Ju Montez e Rachel, que tornaram as aulas do mestrado mais leves e interessantes. A esse grupo de mulheres, obrigada por trilhar esse caminho ao meu lado.

Agradeço em especial, aos meus pacientes do Jacarezinho por me provocarem inquietações, angústias e me motivarem a sair da minha zona de conforto e procurar estudar, me capacitar e ser uma profissional que procura ter um olhar diferenciado para o cuidado em saúde. Mas também minha gerente Cyntia que sempre incentiva sua equipe a se capacitar, minha equipe Concórdia e cada profissional da Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira

que são exemplo de pessoas que acreditam no Sistema Único de Saúde e se esforçam diariamente para oferecer o melhor de si.

Agradeço a coordenação do Mestrado, principalmente Elyne e Adriana por terem sido sempre acolhedoras, sempre prontas a oferecer escuta empática, incentivos e também pelos momentos de rigidez e cobranças; e pelo esforço que foi construir, na prática, um currículo didático e completo em formato remoto e virtual.

E por último, agradeço minha orientadora Alda Lacerda por me ajudar a construir a escrita e o delineamento desse projeto, pelos ensinamentos e trocas e pelos incentivos nos momentos de cansaço e frustrações com as quebras das expectativas criadas.

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde ganham destaque e vêm sendo introduzidas nas unidades de Atenção Básica por profissionais de saúde. A Auriculoterapia e Acupuntura são práticas terapêuticas da racionalidade da Medicina Tradicional Chinesa de ampla aceitação e baixo custo que promovem cuidado amplo e integral, maior autonomia das pessoas no processo saúde-adoecimento e diminuem prescrições medicamentosas. A pesquisa justifica-se pelo aumento de pessoas com sofrimento e mal estar difuso que encontram na Atenção Primária à Saúde um cuidado frágil, iatrogênico e medicalizador para queixas psicossociais. Tem como objetivo geral: realizar a pesquisa bibliográfica sobre as práticas de acupuntura e auriculoterapia no cuidado aos usuários com sofrimento difuso no contexto da Atenção Primária à Saúde. Específicos: 1. Discutir a Acupuntura e a Auriculoterapia como racionalidades médicas inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; 2. Analisar o potencial da Acupuntura e da Auriculoterapia como práticas de cuidado aos usuários com sofrimento difuso na Atenção Primária à Saúde. Foi realizada pesquisa de natureza teórico-conceitual que utilizou como metodologia a pesquisa bibliográfica por meio de uma revisão integrativa. Foram selecionados 14 estudos que utilizavam as práticas de acupuntura e auriculoterapia no cuidado integral a pessoas com sofrimento difuso. Os estudos apontam que essas práticas melhoram sintomas de ansiedade, depressão, estresse e dor crônica, apresentam uma visão ampliada do processo saúde-doença para além da racionalidade biomédica e contribuem para o cuidado integral em pessoas com sofrimento difuso, estimulam autonomia no processo de cuidado e reduzem o uso de medicações alopáticas.

Palavras-chave: sofrimento difuso; acupuntura; auriculoterapia; racionalidades médicas; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Integrative and Complementary Practices in Health are highlighted and have been introduced into primary care units by health professionals. Auriculotherapy and acupuncture are rationalities of traditional Chinese medicine of wide acceptance and low cost that promote broad and integral care, greater autonomy of people in the health-adherence process and decrease drug prescriptions. The research is justified by the increase of people with suffering and diffuse malaise they find in primary health care a fragile, iatrogenic and medicalizing care for psychosocial complaints. Its general objective is to do bibliographic research on acupuncture and auriculotherapy practices in care for users with diffuse suffering in the context of primary health care. Specific: 1. Discuss acupuncture and auriculotherapy as medical rationalities inserted in the National Policy of Integrative and Complementary Practices; 2. Analyze the potential of acupuncture and auriculotherapy as care practices for users with diffuse suffering in primary health care. Research of a theoretical-conceptual nature was conducted that used as a methodology the bibliographic research through an integrative review. 14 studies were selected that used acupuncture and auriculotherapy practices in comprehensive care for people with diffuse suffering. Studies indicate that these practices improve symptoms of anxiety, depression, stress and chronic pain, have an expanded view of the health-disease process beyond biomedical rationality and contribute to the integral care in people with diffuse suffering, stimulate autonomy in the care process and reduce the use of allopathic medications.

Keywords: diffuse suffering; acupuncture; auriculotherapy; medical rationalities; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Síntese sobre as racionalidades médicas.....	27
Quadro 2 –	Critérios de Inclusão e Exclusão na seleção dos artigos a serem analisados.....	35
Figura 1 –	Fluxo da seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	36
Figura 2 –	Descrição da estratégia PICO.....	37
Quadro 3 –	Título dos artigos e autores.....	38
Quadro 4 –	Artigos selecionados que abordam a prática da MTC.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MT/MCA	Medicina Tradicional/ Medicina Complementar ou Alternativa
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICS	Práticas Integrativas Complementares
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares
PSF	Programa Saúde da Família
RM	Racionalidades Médicas
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA: MEU LUGAR DE FALA E A “DESCONSTRUÇÃO MÉDICA” COM A FORMAÇÃO DE UMA MÉDICA DE FAMÍLIA COMUNIDADE.....	15
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	OBJETIVO GERAL.....	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	O CUIDADO INTEGRAL AO SOFRIMENTO DIFUSO E A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
4.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CUIDADO INTEGRAL: A CONTRAPARTIDA DO MODELO BIOMÉDICO HEGEMÔNICO.....	19
4.2	POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UMA POSSIBILIDADE DE AMPLIAÇÃO DE ACESSO.....	23
4.3	RACIONALIDADES MÉDICAS: PARA ALÉM DA MEDICINA OCIDENTAL HEGEMÔNICA.....	26
4.4	ACUPUNTURA E AURICULOTERAPIA NA APS.....	29
5	METODOLOGIA.....	34
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	40
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	57

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do movimento da Reforma Sanitária e das lutas sociais, foi instituído em 1988 pela Constituição Federal para ser implementado em âmbito Nacional e possui princípios doutrinários que são: Universalidade do acesso, Equidade da assistência e Integralidade da atenção.

O SUS é composto por diferentes níveis de atenção à saúde, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) que representa o primeiro nível de contato dos sujeitos com os serviços de saúde até os serviços especializados da atenção secundária, terciária e quaternária com maior densidade tecnológica. No Brasil a APS abrange um território com população delimitada e adscrita, propiciando à saúde dialogar com os demais dispositivos disponíveis na comunidade e no seu entorno e aproximar os profissionais de saúde e a comunidade local. Os profissionais devem acompanhar os sujeitos em suas necessidades de saúde e nos ciclos de vida, buscando assegurar um processo de cuidado continuado.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária para organizar a APS no SUS (BRASIL, 2006a). A expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no país propiciou alcançar lugares de extrema pobreza e vulnerabilidade social, de modo a priorizar programas de combate a morbimortalidade materna e infantil, desnutrição, aleitamento materno e imunização, combate de endemias e epidemias e acompanhamento de doenças crônicas. Essas ações a longo prazo impactaram na diminuição de mortes e internações hospitalares por condições sensíveis à APS (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A PNAB foi revisada em 2011 e contou com avanços importantes, reforçando a ESF como organizadora da APS e implantando o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011). Uma nova revisão da PNAB foi publicada em 2017 (BRASIL, 2017a), porém dessa vez com retrocessos e riscos para o SUS ao possibilitar a criação de outras equipes de Atenção Básica (AB), alterar as formas de repasse do financiamento e deixar de assegurar a Saúde da Família como prioridade para a reorganização da APS.

As mudanças propostas com a nova PNAB (BRASIL, 2017a) retrocederam no sentido de fragilizar o processo de trabalho ao possibilitar a formação de equipes de saúde sem a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e não explicitar um quantitativo mínimo de ACS, cabendo ao gestor local a autonomia para a definição dos tipos de equipes. A não inclusão dos ACS representa uma desvalorização desse trabalhador como figura essencial

para compor a equipe multiprofissional de saúde, além de desconsiderar o seu papel de vigilância territorial (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

No que se refere às mudanças de financiamento das Equipes de Atenção Básica, uma das situações graves foi a exclusão do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) do repasse de financiamento federal. O gestor local passa a definir a importância de manter ou acabar com o apoio matricial dos profissionais da ESF, o que, por sua vez, impacta diretamente no processo de trabalho e na produção do cuidado em saúde (BRASIL, 2020).

No Brasil, a cobertura da ESF era aproximadamente 63% em dezembro de 2020 (BRASIL, 2021). Em relação ao Município do Rio de Janeiro, a Saúde da Família iniciou a expansão pelas periferias e regiões de favelas - áreas tipicamente conhecidas de maior pobreza, grandes aglomerados subnormais, altos índices de violência, menor índice de desenvolvimento humano e maior vulnerabilidade social - e, a cobertura que era de 41% em 2013 (RIO DE JANEIRO, 2013) expandiu para aproximadamente 70% em 2016 (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A expansão permitiu maior acesso da população aos cuidados em saúde, de modo a facilitar o acompanhamento de diversas condições clínicas, principalmente das doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes e dos problemas de saúde mental como ansiedade e depressão leves e dores crônicas, que requerem cuidado longitudinal da equipe.

A atuação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família requer atenção e sensibilidade para ser capaz de acolher a população que sofre por questões diversas. Sofre pela falta de perspectiva, sofre por ter que lidar com conflitos armados no território, com a incerteza de saber se sua casa será invadida ou alvejada por tiros em dias de conflito, sofre sem saber se seus familiares voltarão para casa vivos; sofre de fome, sofre de medo e sofre pela precariedade das condições de vida e saúde que enfrentam no seu dia-a-dia. O sofrimento, por sua vez, gera um aumento na demanda dos serviços públicos de saúde, com muitos usuários se queixando de insônia, sensação de bolo na garganta, coração acelerado, angústia, tristeza e dores crônicas. Esse conjunto de sinais e sintomas muitas vezes não se configuram como doença na lógica da medicina ocidental, sendo denominado por alguns autores de mal estar psicossocial (LUZ, 2001) ou sofrimento difuso (LACERDA; VALLA, 2004) e vem demandando cada vez mais consultas médicas, prescrição de exames complexos de investigação, diversos encaminhamentos a especialistas e medicações psicotrópicas que levam à medicalização da vida social (LUZ, 2001; LACERDA; VALLA, 2004; TESSER, 2006).

Estudos apontam que cerca de 50% da população atendida em unidades básicas de saúde em São Paulo e Rio de Janeiro têm alguma questão de saúde mental menos grave, como ansiedade e depressão leves (MARAGNO *et al.*, 2006). O sofrimento difuso ou mal estar difuso tende a se agravar e a estimativa para 2030 é que esse problema de saúde seja uma das perturbações mais incapacitantes do ser humano (CHAVES, 2019).

Apesar do crescimento do sofrimento difuso como uma questão importante para a saúde pública, as escolas de formação médica tendem a priorizar o aprendizado anátomo-fisiológico, técnico, reducionista e fragmentário dentro dos laboratórios. Em geral, os estudantes só iniciam o contato com os usuários no ciclo clínico dentro dos hospitais e longe da comunidade. A supervalorização do trabalho hospitalar tende a produzir processos formativos que fragmentam os indivíduos, com a separação entre corpo e mente, além de desconsiderar que os fatores socioeconômicos e demográficos, tais como desemprego, moradias precárias, ausência de saneamento básico, violência, desigualdades de gênero e raça entre outros, que estão associados a maior probabilidade de adoecimento e sofrimento (LACERDA; VALLA, 2004). O impacto da formação fragmentada no cenário da APS interfere na produção do cuidado em saúde, com a oferta de tratamento medicamentoso – os psicotrópicos – para a resolução de sintomas relacionados muitas vezes a questões psicossociais.

O cuidado em saúde na APS precisa se deslocar da consulta médico-centrada, ou seja, o médico que não olha para os sujeitos, não sente e não toca, e tende a priorizar a emissão de receitas e pedidos de exames padronizados (AYRES, 2004). Mais do que um diagnóstico e uma receita, o profissional de saúde deve ser capaz de acolher, escutar e permitir que a pessoa fale e expresse seus sofrimentos. O Cuidado integral vai além do profissional médico e deve transcender o ambiente da Unidade de Saúde para o território e a comunidade local.

Ao discutir a produção do cuidado integral, é importante considerar que existem diversas práticas em saúde, denominadas de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), que podem ser implementadas na APS de forma complementar à prática da biomedicina, como fitoterapia, acupuntura e auriculoterapia, práticas corporais, entre outras, e que foram regulamentadas para serem ofertadas no SUS a partir de 2006 (BRASIL, 2006b). Cabe ressaltar que algumas dessas PICS, como a medicina ayurvédica, a medicina tradicional chinesa (MTC), a homeopatia e a medicina antroposófica estão fundamentadas em outras racionalidades médicas distintas da lógica hegemônica da biomedicina (LUZ; WENCESLAU, 2012). As Racionalidades Médicas (RM) (LUZ, 2005a; 2005b) ofertam práticas de cuidado que enfatizam os sujeitos em seus processos de adoecimento e sofrimento, valorizam as

relações intersubjetivas, estimulam a autonomia e buscam integrar as dimensões individuais e coletivas do processo de saúde-doença (LACERDA; VALLA, 2004; SILVA; TESSER 2013).

A temática da Racionalidade Médica ganhou destaque no meio acadêmico a partir dos anos 90 com os estudos de Madel Luz e ampliou o debate sobre as práticas integrativas e complementares que vêm sendo estudadas e aos poucos implementadas no Brasil. A publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006 (BRASIL, 2006b) propiciou inicialmente a institucionalização de apenas cinco práticas no SUS: Acupuntura, homeopatia, fitoterapia, crenoterapia e medicina antroposófica. Atualmente, com a revisão da política, há cerca de 20 PICS instituídas no SUS (BRASIL, 2017b), porém nem todas são concebidas como Racionalidades Médicas¹.

Dentre as Racionalidades Médicas, a presente pesquisa tem como foco a Medicina Tradicional Chinesa, caracterizada por um sistema médico integral que utiliza como fundamento a Energia do *Qi* e a teoria dos cinco elementos. A Energia do *Qi* é a energia vital que circula dentro de nós e que nos mantém vivos, e está sempre em transformação e equilíbrio por meio de forças opostas e complementares do *Yin e Yang*. Por sua vez, a teoria dos cinco movimentos atribui a todos os fenômenos da natureza, assim como ao nosso corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal e água) que, assim como a energia do *Qi*, também se equilibram e se transformam entre si (LUZ, D., 2012).

A Acupuntura e a Auriculoterapia são práticas da MTC que compreendem o sujeito como um ser integral em constante interação com o meio em que vive e suas relações interpessoais. As suas bases de investigação e intervenção clínica se pautam na comunicação clínica, na palpação de pulsos e na análise da face e da língua (BRASIL, 2006b).

As práticas da MTC podem ser utilizadas como tratamento complementar ao modelo biomédico em diversos cenários clínicos e, principalmente, nos pacientes com sofrimento psicoemocional ou mal estar difuso. São práticas de baixo custo de implementação, que enfatizam a escuta, a criação de vínculos terapêuticos entre o usuário e equipe de saúde, o estímulo à autonomia e o desenvolvimento do autocuidado, com uma visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado.

O interesse na presente pesquisa é ampliar o debate sobre Acupuntura e Auriculoterapia na APS. A implementação das PICS na APS tem sido muito limitada, o que pode ser atribuído à falta de capacitação de profissionais, à falta de interesse pelo gestor, à

¹ As PICS que se constituem como racionalidades médicas são: biomedicina; medicina tradicional chinesa; homeopatia; medicina ayurvédica e medicina antroposófica (LUZ, 2005a; 2005b).

pressão assistencial no processo de trabalho que limita o tempo de agenda para as práticas, entre outros fatores que precisam ser explorados.

Tendo em vista a alta prevalência de pacientes com sofrimento difuso na Atenção Primária e partindo do pressuposto que as PICS podem promover o cuidado Integral em saúde (LUZ, 2005a; 2005b), tem-se o seguinte objeto de pesquisa: as práticas de Acupuntura e Auriculoterapia podem contribuir para o cuidado integral de usuários com sofrimento difuso?

O presente trabalho é de natureza teórica. Após abordar a justificativa do meu lugar de fala e a "desconstrução médica" com a formação de uma médica de família e comunidade e apresentar os objetivos da pesquisa, temos 3 capítulos. O primeiro é um capítulo teórico sobre a Medicina Tradicional Chinesa na Atenção Primária, O segundo aborda a metodologia e o terceiro capítulo discute os resultados e, por fim, as considerações finais.

2 JUSTIFICATIVA: MEU LUGAR DE FALA E A “DESCONSTRUÇÃO MÉDICA” COM A FORMAÇÃO DE UMA MÉDICA DE FAMÍLIA COMUNIDADE

Da formação na escola até entrar na faculdade de medicina decorreram cinco anos. Nesse processo me vi saindo da casa da minha mãe para morar sozinha com meus irmãos em Copacabana. Passei anos e anos frustrantes em cursinhos pré-vestibular seguidos da não aprovação nas universidades públicas, e assim, me vi entrando no mercado de trabalho como vendedora em uma loja de roupas e depois em uma livraria. Conheci pessoas que ampliaram minha visão cultural e de mundo, que me levaram a subir uma comunidade pela primeira vez, que abriram meus olhos para a cultura negra e a enxergar o racismo presente nas minhas atitudes e no nosso dia a dia, tão imperceptível aos nossos olhos brancos; pessoas que mostraram uma sociedade não-heteronormativa e a importância de discutir gênero e sexualidade, e de me permitir ser livre e me livrar das minhas amarras e dos meus preconceitos.

Já a faculdade de medicina, me trouxe um sonho e uma frustração. O ensino técnico-fragmentário dos primeiros anos, divididos em matérias como anatomia, fisiologia, histologia, embriologia, imunologia, bioquímica e farmácia acumulavam um conhecimento em compartimentos ou “caixinhas” que não interagiam ou conversavam e me deixaram longe dos “pacientes” por quase dois anos. No ciclo clínico a entrevista é ensinada na beira do leito de hospitais de alta complexidade em pessoas com doenças raras e pouco frequentes na formação do clínico geral. Por vezes, me via perguntando de forma mecânica e robótica, sem nenhuma empatia ou contexto, se uma pessoa em tratamento de Esclerose Lateral Amiotrófica havia viajado ou tomado banho de rio recentemente ou se tinha animais de estimação.

Com o avançar da formação médica continuávamos aprendendo as doenças e síndromes e seus respectivos diagnósticos e tratamentos, dentro de cada “caixinha”: cardiologia, gastroenterologia, cirurgia, dermatologia, hematologia, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, pediatria, pneumologia. Em cada disciplina nos deparávamos com inovações tecnológicas e diagnósticos e tratamentos cada vez mais sensíveis e precoces, estava entrando no internato quase pronta pra ser médica, com os diagnósticos e tratamentos na ponta da língua porém, sem saber que uma mulher cisgênero (gênero feminino que se reconhece no sexo feminino) ou um homem transexual (que não fez a cirurgia de redesignação de gênero), que mantém relações sexuais com homens aonde ocorre penetração, sem uso de preservativos; devem receber orientação de troca de anticoncepcional oral combinado ao iniciar o tratamento de tuberculose.

Tive contato com a Medicina de Família e Comunidade (MFC) já no período do internato, faltando seis meses para a minha formação médica e para as provas de residência. Ali, na Clínica da Família da Rocinha, a “quase-médica” teve um choque de realidade. Motos subindo e descendo em comboio. Atravessar a rua sem olhar cinco vezes para cada lado era um risco de ser pega por uma moto ou uma van. Cheguei assustada, andando apressada, olhando sempre ao redor, para todos os lados. Me sentia insegura a cada esquina, só ficava calma e protegida dentro da clínica ou quando a van que me levava para casa chegava lá embaixo, na Gávea.

Aos poucos, andar na rua já era natural, pegar mototáxi virou rotina, almoçar no restaurante na comunidade era prazeroso, as pessoas me reconheciam na rua, a comunidade pulsava, era viva e intensa. O segundo choque de realidade veio no dia de fazer a primeira Visita Domiciliar. Ruas, becos, vielas, ratos e esgoto a céu aberto convivendo lado a lado com crianças brincando. A Agente Comunitária de Saúde contava histórias fascinantes sobre a comunidade, as pessoas, as famílias e sobre sua profissão. Conheci ali o que é aquela sensação de pertencimento a um lugar, a um território. Ali, naquele território, eu me reconheci médica de gente, ali troquei o sonho da Cardiologia pela Medicina de Família e Comunidade. A ideia de um consultório particular na melhor área da Zona Sul já não fazia sentido. Meu lugar era no SUS, na Atenção Primária à Saúde.

Comecei a residência em Medicina de Família e Comunidade na Área de Planejamento (AP) 3.2 da cidade do Rio de Janeiro, na Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira, localizada na comunidade do Jacarezinho, zona Norte do Rio de Janeiro; é lá que atuo há 5 anos (2 anos como residente e 3 anos como Médica da ESF).

Minha área de atuação se localiza entrando por uma rua longa e estreita conhecida como “prainha”, com muito comércio e pessoas andando na rua. Logo ali, atravessando a linha do trem está a área da Equipe Concordia; formada majoritariamente por uma população de meia-idade, em sua maioria negros e pardos, muitos migrantes do Norte e Nordeste do Brasil, e uma população muito pobre e de baixa renda. O Jacarezinho é um dos lugares com Menor Índice de Desenvolvimento Humano do Rio de Janeiro. (IBGE, 2012).

Essa região possui uma praça central conhecida como a Praça da Concórdia e uma rua conhecida como Beco do Lixo, famosa pelas enchentes e pelos casos de tuberculose. A Comunidade conta ainda com um pesado tráfico de drogas, violência armada e a exclusão completa do Governo naquela região, sem nenhum investimento em cultura, lazer, saúde, educação, moradia, saneamento básico ou esporte. A equipe conta com uma alta taxa de

doenças crônicas como hipertensão e diabetes e uma enorme solicitação de renovação de receita de psicotrópicos.

No início me via completamente incompetente em conseguir dar uma resposta aquelas queixas clínicas, sem nenhuma correlação, sem fundamento teórico presente no livro do Harrison. A faculdade não havia me preparado para ter uma pessoa chorando na minha sala, procurando uma receita azul que lhe acalmasse o coração, ou um exame da cabeça aos pés que diagnosticasse a causa daquele sofrimento, daquele mal-estar geral.

E foi ansiando por dar conta da minha ansiedade e das minhas frustrações como médica que me dediquei aos estudos de comunicação clínica, da importância do ouvir primeiro, de se colocar no lugar do paciente de forma empática e entender o motivo da consulta ou o que o levou ali ou o que o levou a falar sobre isso apenas naquele momento. A importância de oferecer tempo, de oferecer contato, de oferecer olhar, de oferecer ouvido e de oferecer cuidado, no seu sentido amplo e integral, com resolução a longo prazo, sendo menos “invasivo” e visando menor iatrogenia e maior autonomia no seu autoconhecimento e autocuidado.

Conheci na Medicina Tradicional Chinesa tais fundamentos, fiz curso de Auriculoterapia e me aventurei rapidamente em uma pós-graduação em Acupuntura. Durante dois anos tivemos um grupo de Auriculoterapia que ocorria semanalmente na unidade de saúde com a presença de cerca de 20-30 pessoas, em sua maioria mulheres de meia-idade e adultos jovens, com queixas de ansiedade, tristeza, depressão ou com dor crônica. Esse grupo se desfez com o início da pandemia do novo coronavírus e hoje atuo com as práticas de Auriculoterapia dentro do consultório, individualmente, oferecendo aos meus usuários, principalmente aqueles com sofrimento psicossocial uma terapia de cuidado complementar ou alternativa aos psicotrópicos, e isso me motivou a avançar e trazer o tema para o presente projeto de pesquisa.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar pesquisa bibliográfica na literatura e efetuar uma revisão integrativa sobre as práticas de acupuntura e auriculoterapia no cuidado aos usuários com sofrimento difuso no contexto da Atenção Primária à Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Discutir a Acupuntura e a Auriculoterapia como racionalidades médicas inseridas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.
2. Analisar o potencial da Acupuntura e da Auriculoterapia como práticas de cuidado aos usuários com sofrimento difuso na Atenção Primária à Saúde.

4 O CUIDADO INTEGRAL AO SOFRIMENTO DIFUSO E A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CUIDADO INTEGRAL: A CONTRAPARTIDA DO MODELO BIOMÉDICO HEGEMÔNICO

O relatório Dawson em 1920 foi o primeiro documento que cunhou a ideia de Atenção Primária à Saúde, no intuito de organizar o sistema de saúde inglês e se contrapor ao modelo Flexneriano americano que se fundamentava no modelo hospitalocêntrico, individual e caro. O relatório priorizou a organização de serviços de saúde primários e secundários, com atendimentos domiciliares e centros hospitalares, sendo que os serviços primários deveriam ser regionalizados enfatizando os cuidados por médicos generalistas com capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população (FAUSTO; MATTA, 2007).

Um marco mundial importante para a Atenção Primária à Saúde foi a Conferência de Alma Ata em 1978 (BRASIL, 2002) deslocando a compreensão de saúde como ausência de doença para um estado de bem estar físico, mental e social. A declaração de Alma-Ata sinalizou a importância das linhas de cuidado de saúde da mulher, do planejamento familiar, da promoção de distribuição de alimentos e nutrição, do investimento em água de boa qualidade, do saneamento básico, das campanhas de imunização contra as principais doenças infectocontagiosas e a prevenção de doenças endêmicas (BRASIL, 2002). Além disso, o documento preconizava que os cuidados primários deveriam ser em locais próximos onde as pessoas viviam ou trabalhavam, sendo a referência do primeiro nível de cuidado dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde.

No Brasil, o processo de criação de um sistema nacional de saúde esteve diretamente relacionado com a redemocratização do país, mais precisamente com o nascimento da saúde coletiva nos anos 70. A Conferência de Alma Ata contribuiu para refletir novas concepções de saúde e pensar princípios e diretrizes que foram discutidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e depois se estabeleceram na criação do SUS (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Identificada como Constituição cidadã, a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) colocou em seu texto a saúde como direito da população e dever do estado por meio de políticas sociais e econômicas que visavam diminuir risco de doenças e agravos. Nesse sentido, preconizava garantia de acesso universal a toda população, integralidade no cuidado, equidade na assistência, descentralização política, hierarquização e participação social. No entanto, o SUS só começou a repensar seu modelo de saúde e priorizar os cuidados em

atenção primária em 1991 com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que no ano seguinte passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e com o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. De forma inicial, esses dois programas se fortaleceram em áreas de precariedade e vulnerabilidade social e foram responsáveis pela melhoria nas condições de saúde que diminuíram a mortalidade infantil e as epidemias locais (FAUSTO; MATTA, 2007).

A expansão do PACS e PSF para todo o Brasil fortaleceu a Atenção Primária à Saúde. Em 2006 o governo federal aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a qual consolidou a APS como eixo organizacional do serviço de saúde e como referência de contato preferencial dos usuários, de modo a reafirmar os princípios dos SUS (BRASIL, 2006a).

Tendo o cenário político nacional favorável, o município do Rio de Janeiro (RJ) investiu na Atenção Primária à Saúde e aumentou a cobertura de ESF do município de 3% para quase 70% entre os anos de 2008 e 2016 (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A população passou a ter maior acesso à saúde pública e de qualidade, inicialmente em áreas mais precárias, de maior vulnerabilidade social e violência e posteriormente em áreas mais nobres do município. Tais ações tornaram-se possível devido aos investimentos na estruturação das Clínicas da Família e nos programas de residência médica e de enfermagem em saúde da família e das residências multiprofissionais, capacitando os profissionais que atuam no primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

No ano de 2016 ocorreram mudanças no cenário político nacional com o impeachment da presidente Dilma Rousseff e a liderança de Michel Temer que impôs o teto de gastos com o congelamento de verbas para a saúde nos 20 anos seguintes (BRASIL, 2016). Como política governamental, a PNAB que havia sido revisada pela primeira vez em 2011 (BRASIL, 2011), apresentando avanços importantes para a estruturação da Saúde da Família, foi novamente revisada em 2017, porém dessa vez com diversas medidas de retrocesso, dentre elas, a flexibilização de modelos de Atenção Básica na organização da APS, as mudanças no repasse de financiamento e a inclusão de uma lista de “Ações e Serviços” essenciais da atenção básica que atenda às necessidades da população (BRASIL, 2017a).

Em paralelo à reformulação da PNAB de 2017, o município do Rio de Janeiro também vivenciou um cenário de precarização da APS, com diminuição das equipes de Estratégia Saúde da Família, reduções salariais de diversas categorias e a fragilidade dos vínculos empregatícios por meio de contratação via Organizações Sociais (OS's) – modelo que ocorre desde 2009 no município do RJ (ANDREAZZI; BRAVO, 2014), permitiu demissões em massa e greves dos trabalhadores (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Diante de uma

APS fragilizada e se reorganizando, a pandemia do coronavírus no início de 2020 pressionou a ESF a se reestruturar e priorizar atendimentos emergenciais e focados na doença por um período longo de quase dois anos. Todos esses fatores interferiram diretamente na produção do cuidado em saúde, que diante desse cenário de instabilidade penalizou a população com a redução do acesso aos serviços públicos de saúde e a perda da longitudinalidade do cuidado.

A fragilidade da APS, as incertezas sobre como atuar no enfrentamento da COVID-19 e as consequências da pandemia como desemprego, diminuição do poder de compra, empobrecimento e a perda de pessoas próximas, aprofundaram o sofrimento difuso ou sofrimento psicossocial que já vinha sendo apontado por alguns autores como um problema de saúde pública (LACERDA; VALLA, 2004; LUZ, 2001). Estudos de Fortes (2004) evidenciaram 56% de prevalência de pessoas com sintomas inespecíficos de sofrimento na APS na cidade de Petrópolis, no estado do Rio de Janeiro, porém essas queixas nem sempre são valorizadas e os usuários tendem a ser vistos pelos profissionais de saúde como poliqueixosos.

Sintomas inespecíficos de sofrimento difuso que podem se manifestar por meio de cefaléias, dores crônicas principalmente musculoesqueléticas, insônia, fadiga, esquecimento, epigastralgias, tremores, angústias e mal-estar geral são muitas vezes classificados como Transtornos Mentais Comuns (TMC). No entanto, muitos autores criticam o conceito de TMC que está associado à Classificação Internacional de Doenças e favorece a medicalização de sintomas inespecíficos e de queixas relacionadas ao sofrimento da vida (FONSECA *et al.*, 2008). A utilização no presente trabalho do termo sofrimento difuso, tal como definido por Victor Valla (LACERDA; VALLA, 2004), reafirma o entendimento de que esses sintomas devem ser compreendidos como expressão de sentimentos das pessoas que precisam ser cuidadas e não medicalizadas.

O sofrimento difuso tem alta prevalência na população com maior vulnerabilidade social, ou seja, pessoas com baixa renda, desemprego ou empregos com vínculo frágeis, condições de moradia precárias, baixa escolaridade e abandono escolar e ainda rede de apoio social enfraquecida (FONSECA *et al.*, 2008).

O cuidado integral dos sujeitos e famílias indica a necessidade de considerar os fatores socioeconômicos e demográficos como promotores de adoecimento social, podendo ser considerada a hipótese de um ciclo vicioso em que a pobreza pode levar ao sofrimento e o sofrimento gerar mais pobreza (LACERDA; VALLA, 2004). Um estudo realizado em 2017 na favela do Jacarezinho-RJ ratificou esse padrão de associação ao evidenciar que o perfil dos usuários de uma das equipes de saúde da família com maior prevalência e incidência de

transtornos mentais, tais como ansiedade e depressão leves, era de mulheres de meia idade, brancas, casadas, de baixa escolaridade e baixa renda (SALGUEIRO; SILVA, 2017).

Segundo Boff (2000), o ato de cuidar está na essência da humanidade e requer atos de respeito, preocupação e responsabilização com a outra pessoa. O cuidado é mais que um nível de atenção do sistema de saúde ou algum procedimento ou tratamento, é uma ação com significados e sentidos que compreendem o sujeito no seu direito de “ser” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

O cuidado se faz possível nos encontros entre os seres, na manutenção das relações sociais e criação de vínculo e na possibilidade de diálogo e trocas mútuas de saberes. Na contraposição dessa lógica, a racionalidade biomédica tende a hierarquizar a relação médico-paciente, estabelecendo uma relação de poder e saber onde um sujeito ativo detém conhecimento e dita as ordens e o outro sujeito é pacificado a obedecer, não havendo possibilidade de diálogo e espaço de cuidado (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Apesar de ser no ambiente de saúde que a pessoa em sofrimento procura por cuidado, esse tema é pouco trabalhado no processo de formação médica e os profissionais têm dificuldades em acolher, escutar e criar vínculo e empatia com os usuários (LACERDA; VALLA, 2004). Tais atitudes repercutem em encaminhamentos diversos a especialistas, exames médicos desnecessários e prescrição abusiva de benzodiazepínicos e evidenciam a necessidade de investimento e capacitação dos profissionais de saúde e da rede de atenção básica no que tange o cuidado e acompanhamento longitudinal desses usuários (FONSECA *et al.*, 2008).

O cuidado na biomedicina se distanciou do sujeito humano e tende a se pautar no desenvolvimento de técnicas e diagnósticos precoces e robotizados, haja vista que a formação médica, desde os seus primórdios, enfatizou a fragmentação do ser em órgãos e sistemas, com metodologia clínica investigativa baseada em sinais e sintomas e tratamento farmacológico. Não se trata de desconsiderar a relevância do modelo biomédico, mas levar em conta que as sociedades contemporâneas e complexas contam com um pluralismo de ofertas de cuidado em saúde, com práticas diversas que respondem a distintas necessidades dos usuários e famílias.

As práticas em saúde focadas em diagnósticos e terapêuticas que desconsideram os sujeitos em seus processos de sofrimento e adoecimento geram uma tendência cada vez maior da medicalização social, enquanto a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, entre outras racionalidades médicas, podem contribuir com a medicina científica ocidental hegemônica para reduzir o excesso de medicalização e ampliar o cuidado integral na APS (LACERDA; VALLA, 2004; TESSER; CARVALHO, 2012).

Para pensar em formas alternativas de tratamento dos transtornos mentais leves, muitas vezes expressos como sofrimento difuso, é importante a associação de práticas de cuidado. A biomedicina, embora tenha a sua relevância, é preciso ser administrada com cautela, pois conforme sinaliza Santos (2000 apud TESSER, 2006, p. 2) ela é “[...] indispensável e necessária e, simultaneamente, inadequada e perigosa”. Seu mau uso pode levar ao aumento da medicalização social e a perda da autonomia dos sujeitos em lidar culturalmente com seus processos de dor, sofrimento, adoecimento e morte (TESSER; BARROS, 2008).

Diante do aumento da medicalização social, muitos países passaram a se aproximar das Práticas Integrativas e Complementares. São práticas que ampliam o conhecimento para além da concepção biomédica e podem contribuir com um novo olhar para os sujeitos, e, conseqüentemente, para a redução de prescrição de medicamentos e solicitação de exames diagnósticos muitas vezes desnecessários. Embora as PICS sejam bem aceitas pela população (CUNHA, 2005), a sua incorporação no Sistema Único de Saúde tem sido gradual, haja vista que muitas unidades da atenção básica ainda não ofertam essas práticas.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares sinalizou a importância de conceber o indivíduo em sua dimensão global, sem perder de vista a singularidade nos processos de saúde, adoecimento e sofrimento. Essa política é parte do processo de implementação do SUS e representa um avanço ao contribuir para o fortalecimento dos princípios de ampliação do acesso e integralidade à saúde (BRASIL 2006b).

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UMA POSSIBILIDADE DE AMPLIAÇÃO DE ACESSO

Compreender o contexto que levou a formulação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil e a implementação de suas práticas, denominadas de alternativas ou complementares são elementos importantes. Cabe lembrar que o debate sobre a utilização da Medicina Alternativa e Complementar no mundo iniciou na Conferência de Alma Ata em 1978 e no Brasil os primeiros diálogos foram realizados na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Apesar de o Brasil ser um dos países pioneiros nesse debate nas Américas, uma política oficial que regulamentasse a implementação dessas práticas no âmbito do SUS demorou cerca de 20 anos, haja vista que a PNPIC foi promulgada apenas em 2006 (SILVA *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a Medicina Tradicional e complementar ou alternativa (MT/MCA) inclui os sistemas médicos complexos que utilizam abordagens e recursos terapêuticos naturais que visam a prevenção de agravos e recuperação da saúde por meios de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta empática e acolhedora, vínculo terapêutico e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade; além da visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado integral e o estímulo do autocuidado (BRASIL, 2006b).

Enquanto muitos países desenvolvidos, e aqui no Brasil, popularizaram o uso dessas práticas impulsionados pela maior informação em saúde e aos maiores questionamentos sobre as medicações alopáticas e seus efeitos adversos, a OMS publicou o documento *Estratégias da OMS para Medicina Tradicional 2002-2005* (WHO, 2002) que apontava a importância dos países em desenvolver estratégias para resolver problemas associados à política, segurança, eficiência, qualidade, acesso e uso inteligente da Medicina Tradicional e Complementar.

Impulsionado pelos documentos internacionais e pelos estudos do grupo da Madel Luz sobre as Racionalidades Médicas (LUZ, 2005a; 2005b), o Ministério da Saúde iniciou ações como a realização de um diagnóstico situacional sobre o uso de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil em 2004, evidenciando o uso de algumas dessas práticas em 232 municípios brasileiros. Tais resultados indicaram a necessidade da formulação de uma Política Nacional (SILVA *et al.*, 2020).

Dentre os principais objetivos da PNPIC estavam: Incorporar e Implementar as PICS no SUS e Ampliação de acesso garantindo qualidade, eficiência, eficácia e segurança no seu uso. As suas Diretrizes preconizavam a Inserção da PNPIC em todos os níveis de atenção à saúde, com foco na atenção primária; o desenvolvimento da PNPIC em caráter multiprofissional; o estabelecimento de mecanismos de incentivo financeiro e de estratégias de qualificação dos profissionais do SUS em caráter de Educação Permanente; além do fortalecimento à participação social, o estímulo a projetos de pesquisa em PICS e o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação a nível da gestão (BRASIL, 2006b).

Conforme sinalizado, a primeira versão da PNPIC (BRASIL, 2006b) oficializou a implementação de cinco práticas, a saber: Acupuntura, homeopatia, fitoterapia, crenoterapia e medicina antroposófica. Cabe destacar que a crenoterapia² até aquele momento, não estava em discussão, e a sua incorporação foi uma surpresa para vários atores que vinham discutindo

² Crenoterapia ou Termalismo Social é a terapêutica do uso de água mineral natural em saúde para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL,2006b).

a formulação da política, seja porque essa prática ainda era pouco conhecida ou porque seu uso ainda era muito restrito.

Estudos evidenciaram uma ampliação na oferta de PICS em 2017 para 8.200 unidades de APS, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos distribuídos em 3.018 municípios (BRASIL, 2018). A nova versão da política elaborada em 2017 (BRASIL, 2017b) ampliou a oferta de PICS em outras 14 práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.

Apesar dessa ampliação, após 15 anos da PNPIC ainda temos a sensação de fragilidade no processo de implantação e reconhecimento das PICS no SUS. Ainda falta uma base fortificada, profissionais qualificados, amplo apoio e incorporação social ao uso dessas práticas. Autores como Madel Luz atentam para as fragilidades no ensino e formação de profissionais capacitados como um grande obstáculo no fortalecimento e expansão das práticas da MT/MAC (LUZ, 2011 apud NUNES *et al.*, 2017). Além disso, por serem práticas de racionalidades médicas distintas da biomedicina, as dificuldades em estudos que comprovem a eficácia (baseada em evidências científicas) e a falta de conhecimentos sobre os fundamentos dessas práticas contribuem com a dificuldade na integração delas aos sistemas de saúde (NUNES *et al.*, 2017).

Estudos associam essas fragilidades a inexistência de um programa de financiamento que incentive a implantação das PICS. O modelo de financiamento das PICS hoje está ligado aos recursos de financiamento dos níveis de atenção de média e alta complexidade, refletindo uma falsa realidade aos municípios de que esses serviços estariam vinculados a esses locais (SILVA *et al.*, 2020). Um estudo de 2020 realizado pelo Ministério da saúde destaca que 8.239 estabelecimentos na Atenção Básica ofertam PICS; há um predomínio de 78% de serviços de Atenção Básica na oferta de PICS em relação a 18% de serviços de média complexidade e 4% de alta complexidade (SILVA *et al.*, 2020).

Outros fatores que fragilizam esse processo de implementação das PICS no SUS são as discussões sobre o exercício multiprofissional ou de exclusividade médica dessas práticas. Algumas PICS, como a acupuntura, ainda não são aceitas pela comunidade científica médica como exercício legal multiprofissional (SILVA *et al.*, 2020), embora diversos conselhos aprovem e regulamentem o uso da prática há mais de 10 anos (COFEN, 2008). Além disso, faltam projetos de Educação Permanente para capacitação profissional em PICS, divulgação das PICS e da PNPIC entre usuários, gestores e profissionais do SUS e aprimoramento dos sistemas de informação para o correto registro das PICS (HABIMORAD, 2015).

E ainda, ter as Práticas integrativas tratadas de forma complementar à biomedicina, e não como uma política de saúde, terminam por fragilizar o processo de implementação das PICS. Cabe questionar até quanto às práticas integrativas poderiam ter contribuído na pandemia da COVID-19 tendo em vista que são Racionalidades Médicas que estão fundamentadas em um paradigma vitalista de cuidado e que associa saúde à harmonia da pessoa com seu ambiente natural e social. Invisibilizar as Práticas Integrativas nesse contexto e o que elas poderiam oferecer quanto a uma visão ampliada do processo saúde-doença e alívio do sofrimento, para além da medicalização, fica claro uma política de governo que não valoriza o cuidado integral da população.

A formulação da categoria das Racionalidades Médicas ocorreu em 1992, tendo Madel Luz como pioneira dos estudos. O projeto das RM, em sua primeira fase, realizou um estudo teórico conceitual comparativo entre quatro sistemas médicos complexos: medicina homeopática, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica e medicina ocidental contemporânea. A hipótese central era que existia mais de uma racionalidade médica, contrariando o senso comum da medicina ocidental que aceitava apenas a biomedicina como racionalidade (LUZ, 2005a; 2005b).

4.3 RACIONALIDADES MÉDICAS: PARA ALÉM DA MEDICINA OCIDENTAL HEGEMÔNICA

No início do século XIX com a ascensão do capitalismo industrial, a medicina ocidental passa por um processo de transformação onde a lógica passa a ser combater as doenças e os agentes etiológicos e evitar a morte. A busca incessante por técnicas de métodos diagnósticos e terapêuticas medicamentosas caracteriza a medicina hegemônica que não está mais preocupada em restabelecer o equilíbrio do sujeito doente (LUZ, M., 2012).

Os cenários hospitalares assumem o protagonismo de serem laboratórios de investigação biomédica e a instituição de transmissão de conhecimento médico. Nesse contexto, e, até os dias atuais, passam a ser o local de referência para os estudos das escolas médicas (LUZ, M., 2012).

O modelo biomédico que se estabelece como hegemônico até os dias de hoje, abriu precedentes para uma “grande crise na medicina ocidental”. O saber científico concentrado em um só lugar, o surgimento das especializações (e das sub-especializações) e a hegemonia da indústria farmacêutica e aparatos tecnológicos distanciam o médico do paciente e

fragilizam uma das principais ferramentas clínicas que é a comunicação e a relação entre esses dois sujeitos (LUZ, M., 2012).

Madel Luz (2012) cita essa “crise da medicina” como uma das explicações socioantropológicas para a grande procura, nos últimos anos, por outras racionalidades médicas ou também chamadas de terapias alternativas, como a medicina homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. Segundo a autora (2005a; 2005b), as Racionalidades Médicas podem ser compreendidas como sistemas médicos complexos estruturados inseridos dentro de cinco dimensões básicas, estruturadas em termos teóricos, práticos e simbólicos, que incluem a morfologia humana; a dinâmica vital; a doutrina médica; o sistema diagnose e o sistema terapêutico, conforme sintetizado no quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese sobre as racionalidades médicas

Racionalidade Médicas	Cosmologia	Doutrina Médica	Morfologia	Fisiologia	Diagnóstico	Terapêutica
Medicina Ocidental	Física Newtoniana	Teoria da causalidade das doenças e seu combate.	Morfologia dos Sistemas.	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas.	Anamnese, exame físico e exames complementares.	Medicamentos cirurgias e prevenção.
Medicina Homeopática	Cosmologia Ocidental Tradicional.	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais.	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora.	Fisiologia energética; Fisiologia dos sistemas; Fisiologia do medicamento e adoecimento.	Semiologia anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individuais. Diagnóstico clínico.	Medicamento Higiene física e mental.
Medicina Tradicional Chinesa	Cosmogonia Chinesa.	Teorias do “Yin-Yang” e das “cinco fases (ou elementos)” e seu equilíbrio.	Teoria dos “canais” meridianos e dos pontos de acupuntura. Teoria dos órgãos e das vísceras.	Fisiologia dos “sopros vitais” (Qi) Fisiologia dos órgãos; Dinâmica Yin-Yang no organismo e com o meio ambiente.	Semiologia anamneses do desequilíbrio Yin-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos.	Higiene. Exercícios: artes, meditação, etc. Dietética: fitoterapia, massagens, acupuntura e Moxabustão.
Medicina Ayuverdica	Cosmologia Indiana.	Teoria dos cinco elementos e das	Teoria dos vários corpos (“denso” e	Fisiologia “energética” (circulação do Prana e	Semiologia: anamnese do desequilíbrio do “Tridosha”.	Dietética: Técnicas de eliminação e purificação.

		constituições humorais (“Tridosha”) nos sujeitos individuais.	“sutis”). Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos.	das demais energias nos “corpos”. Equilíbrio do “Tridosha”.	Sistema de observação “dos oito pontos”. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos.	Exercícios: Ioga, meditação, etc. Massagens: Fitoterapia; medicamentos.
--	--	---	---	---	---	---

Fonte: LUZ, M., 2012, p. 22.

Aprofundando mais nos conceitos dessas dimensões, a Doutrina médica representa as teorias que dão suporte a cada racionalidade. Como exemplo: a teoria da causalidade das doenças e seu combate para a medicina ocidental; teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais para a homeopática; Teoria do “*Ying-Yang*” e das cinco fases (ou elementos) e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais na Tradicional Chinesa e a Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (“*Tridosha*”) nos sujeitos individuais na ayurvédica (BARROS, 2012).

A Morfologia humana se assemelha à estrutura e ao funcionamento do corpo humano. Como exemplo, na medicina ocidental se refere a morfologia dos sistemas orgânicos; na homeopática ao organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora; na tradicional chinesa a teoria dos “canais” meridianos e dos pontos de acupuntura (“corpo sutil”) e a teoria dos órgãos e das vísceras (“corpo orgânico”); e para a ayurvédica a teoria dos vários corpos (“densos e sutis”) e teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos (BARROS, 2012).

A dimensão da dinâmica vital se assemelha a Fisiologia e tenta explicar o funcionamento e o equilíbrio das diferentes concepções corporais. Temos na medicina ocidental a Fisiopatologia e Fisiologia dos sistemas; na homeopática a Fisiologia energética (implícita) e Fisiologia dos sistemas; Fisiopatologia do medicamento e adoecimento; na tradicional chinesa tem-se a Fisiologia dos “sopros vitais” (*Qi*), Fisiologia dos órgãos, Dinâmica *Ying-Yang* no organismo e com o meio ambiente e na ayurveda, a Fisiologia “energética” (circulação do Prana e das demais energias nos “corpos”) e Equilíbrio do “*Tridosha*” (BARROS, 2012).

Quanto à categoria dos sistemas diagnósticos, se assemelha ao que entendemos na medicina ocidental como anamnese e investigação semiológica para as queixas apresentadas. Na Homeopatia essa investigação ocorre por meio de Semiologia, anamnese do desequilíbrio individual e Diagnóstico do remédio e da enfermidade individual; já na Medicina Tradicional Chinesa pela Semiologia e anamnese do desequilíbrio *Ying-Yang* e o Diagnóstico do

desequilíbrio dos sujeitos; na Ayurvédica também pela Semiologia; anamnese do desequilíbrio do “*Tridosha*”, “Sistema de observação dos oito pontos” e Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos (BARROS, 2012).

E a quinta categoria é referente ao sistema terapêutico de cada Racionalidade. Na ocidental: Medicamentos, cirurgia, cuidados; na homeopática: Medicamentos e Cuidados; na Tradicional Chinesa: Exercícios (artes marciais, meditação etc.) Dietética, fitoterapia, massagens Acupuntura e Moxa-bustão; e na Ayurvédica: Dialética Técnicas de eliminação e purificação, Exercícios (Ioga, meditação etc.), Massagens, Fitoterapia e Medicamentos (vegetais, minerais e animais) (BARROS, 2012).

É importante ressaltar que uma Racionalidade Médica pode ter mais de uma terapêutica diferente, e que inclusive podem ser complementares para a terapêutica proposta (BARROS, 2012).

Posteriormente, na segunda fase dos estudos, uma sexta dimensão foi estudada - a cosmologia – que consiste em estudos e conhecimentos que vão embasar as demais dimensões da Racionalidade Médica (LUZ, M., 2012).

Os estudos sobre Racionalidades Médicas foram importantes para demonstrar a grande diferença de paradigma entre os sistemas médicos (Quadro 1). A medicina ocidental tem por objeto o estudo das doenças (investido em métodos de investigação diagnóstica das patologias) e como objetivo o tratamento e eliminação dessas doenças (investindo em terapêutica medicamentosa alopática), já as medicinas homeopáticas, tradicional chinesa e ayurvédica tem como objeto o sujeito em “desequilíbrio” ou em “desarmonia” e o objetivo é restabelecer a sua saúde, ou seja, reestabelecer a energia, a harmonia vital (LUZ, M., 2012). Fundamentalmente, são sistemas com diferenças quanto à compreensão, interpretação e intervenção no processo saúde-doença (LUZ, M., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o termo Medicina Tradicional deve ser utilizado para países ou povos que utilizem de Racionalidades Médicas distintas da ocidental e o termo Medicina Alternativa e Complementar (MAC) para aquele conjunto de práticas que não são comumente ensinadas nas escolas médicas ou executadas nos sistemas nacionais dos países ocidentais (PERLSTADT, 1998 apud BARROS, 2012).

4.4 ACUPUNTURA E AURICULOTERAPIA NA APS

A Medicina Tradicional Chinesa é uma racionalidade médica que utiliza como recursos terapêuticos a Acupuntura e Auriculoterapia, a moxabustão e ainda práticas corporais

(*Lian Gong, Chi Gong, Tuina, Tai-chi-chuan*); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa). Utilizada de forma isolada ou como coadjuvante em várias patologias, principalmente em dores crônicas e relacionadas a queixas de saúde mental como fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias entre outras. Suas práticas estão relacionadas à prevenção e agravos de doenças, promoção e recuperação da saúde.

A Medicina Tradicional Chinesa é um sistema médico integral e caracteriza-se pela linguagem simbólica que representa as leis da natureza, valoriza a harmonização e visa a integralidade (BRASIL, 2006b). Para a MTC, o corpo é um sistema complexo e indivisível que vive em equilíbrio e a doença é um conjunto de causas que culminam em desarmonia e desequilíbrio. Diante de tal situação, a técnica terapêutica visa estimular o organismo dos sujeitos de forma que ele siga a tendência natural de restabelecer o equilíbrio (CAPRA, 1986).

As bases Cosmológicas da Medicina Tradicional Chinesa tiveram origem do Taoísmo, cerca de 300 a.C e possuem conceitos-chaves que fundamentam essa Racionalidade Médica, sendo os principais a energia do *Qi*, *Yin/Yang*, e a Teoria dos Cinco Movimentos (*Wu Xing*) (LUZ, D., 2012).

O *Qi*, pode ser traduzido como Sopro Vital, ele se assemelha ao vento, ao ar e seu fluxo desloca a matéria. As polaridades do *Qi* são o *Yin* e *Yang* e os Cinco movimentos que surgiram da divisão do *Qi* primordial. Na MTC, acredita-se no equilíbrio entre Céu-Homem-Terra; o *Yang Qi* ascendeu ao Céu e o *Yin Qi* desceu para a Terra, o que ficou no meio do caminho recebeu as duas modalidades de *Yang* e *Yin* e formou o homem, que vive em equilíbrio entre o Céu e a Terra (LUZ, D., 2012).

Homem faz a ligação entre os dois, sempre buscando acompanhar as trocas de suas influências. Recebe do Céu o ar, a luz e as qualidades sutis (*Shen*) que nele residem nos cinco Órgãos *Zang*; da Terra a substância, a essência vital e o sabor dos alimentos, que vão tecer o espaço material em se passam as atividades vitais (LUZ, D., 2012, p. 112).

O *Yin/Yang* são dois pólos opostos que se complementam e se definem mutuamente, estão em constante movimento e quando estão em harmonia geram saúde. A interação e o movimento do *Yin* e *Yang* gera os Cinco movimentos/elementos *Wu Xing* (LUZ, D., 2012).

Na teoria das cinco fases ou dos cinco movimentos todos os fenômenos naturais correspondem a uma de cinco faixas associativas: Madeira, Fogo, Terra, Metal e Água. Essas cinco fases estabelecem uma série de relações ou ciclos entre si que explicam os fenômenos vitais do corpo humano. O ciclo de geração determina que a Madeira alimenta o Fogo; o Fogo

(através das cinzas) nutre a Terra; a Terra gera o Metal; o Metal, se liquefazendo, gera a Água; a Água alimenta a Madeira. No ciclo de restrição: a Madeira fura a Terra (como as raízes); a Terra represa a Água; a Água apaga o Fogo; o Fogo derrete o Metal; o Metal corta a Madeira (LUZ, D; 2012). Para manter a saúde esses ciclos devem estar equilibrados para não haver domínio de nenhuma matéria sobre a outra.

Além das bases cosmológicas da MTC, a etiologia do adoecimento também diverge da biomedicina. Fatores ambientais, estilo de vida e fatores emocionais são condições que estão associadas ao adoecimento. O estilo de vida, como bem diz a palavra, inclui alimentação, atividade física e sexual, relação repouso/trabalho, estresse e fatores hereditários.

Os fatores patogênicos emocionais ou internos são: alegria, raiva, melancolia, tristeza, pensamento (obsessivo), apreensão e medo e estão relacionados aos órgãos (*Zang Fu*) respectivamente coração, fígado, pulmão, baço e rins (NASCIMENTO, 2012).

Os fatores patogênicos ambientais ou externos são tidos: vento, frio, calor, umidade, secura e fogo. Seus efeitos patológicos ocorrem devido a uma temperatura inesperada e excessiva ou quando a pessoa está pouco resistente aos fatores climáticos, por exemplo quando há desarmonia no estilo de vida ou fatores internos. Pode-se perceber uma influência multifatorial que quando ultrapassa a capacidade adaptativa de cada pessoa, ocorre o adoecimento (NASCIMENTO, 2012).

A condição emocional não é percebida separada do corpo ou do meio ambiente. Os órgãos são todos intimamente conectados com as emoções. Quando uma emoção é expressa de forma excessiva ou inadequada, por um longo período, ou quando emerge repentinamente e com grande força, tende a gerar desarmonia e adoecimento. Uma desarmonia em um órgão, por sua vez, causada por inadequação na dieta ou exposição a condições ambientais severas, pode gerar um desequilíbrio emocional, e vice-versa (NASCIMENTO, 2012, p. 344).

Por meio de Anamnese detalhada e propedêutica da MTC, como observação de face, olhos, garganta, língua e palpação de partes do corpo como os pulsos o terapeuta realiza um diagnóstico de desarmonia próprio a cada pessoa e atua de forma a “expulsar o perverso”, regular e reforçar a vitalidade. Essa terapia, porém, depende da vontade da pessoa em melhorar sua saúde e por isso a importância de estimular o autoconhecimento e a autonomia do sujeito sobre seu processo de adoecimento e saúde (NASCIMENTO, 2012).

No Brasil, o interesse pela Acupuntura iniciou no movimento da contracultura, na década de 1970, principalmente pela camada mais jovem da população; porém, a falta de conhecimento técnico associou essa prática ao “charlatanismo e credices” e sofreu grande resistência dos conselhos de medicina. O processo de legitimação e institucionalização da

acupuntura ocorreu ao longo de 1980 com a busca por evidências científicas pelos acupuntores, formação de congressos e criação de cursos de formação (NASCIMENTO, 1998).

A década de 80 foi marcada pela criação da Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura, formada por um grupo de pessoas que defendiam a acupuntura como ato médico e a prática dessa terapia ser exclusiva da categoria médica. A polêmica que envolvia a categoria médica e não-médica e ainda a alta resistência da sociedade médica à aceitação dessa prática adiou a regulamentação da Acupuntura pelo Conselho Federal de Medicina até a década de 90 (NASCIMENTO, 1998).

Apenas em 1995 o Conselho Federal de Medicina reconheceu a Acupuntura como especialidade médica (CFM, 1995) e até hoje há grupos que defendem que essa prática deveria ser exclusiva dessa categoria. Hoje, a Acupuntura e sua ramificação para Auriculoterapia fazem parte das PICS institucionalizadas no SUS (BRASIL, 2006b) e são consideradas práticas de baixo custo, ampliadas para outras formações profissionais e de fácil implementação e aceitação na APS (CUNHA, 2005).

A Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que estimulam locais anatômicos definidos (pontos de calor ou de Acupuntura) por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas. A estimulação desses pontos de Acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária (BRASIL, 2006b).

A Auriculoterapia, por sua vez, caracteriza-se por utilizar o pavilhão auricular como um microssistema; ou seja, quando uma região do corpo representa todo o organismo. Essa prática também pode ser considerada parte integrante da Medicina Tradicional Chinesa porque o estímulo de pontos auriculares frequentemente segue seus fundamentos e princípios terapêuticos (WANG, 2008). Pode ser utilizada em atendimentos individuais ou coletivos, é de fácil capacitação e abrange a formação de diversos profissionais para atuação na APS.

No entanto, há peculiaridades no cotidiano de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde que podem limitar a implementação das PICS nas unidades de atenção primária por profissionais generalistas, seja pelo excesso de demandas, pela pressão assistencialista ou até mesmo pelas interrupções frequentes na consulta. Além disso, é preciso considerar que o tempo de consulta disponível para um atendimento biomédico e o tempo de consulta necessário a uma prática de Acupuntura são incompatíveis. O profissional que atua com as PICS precisa levar em conta a longitudinalidade do cuidado e o acúmulo de informações com

o usuário para fechar um diagnóstico e propor uma terapêutica complementar e integral (CUNHA, 2005).

É importante ressaltar também, que toda prática terapêutica está sujeita a ressignificação redutora e medicalizante. Alguns defendem essas práticas como política de redução de danos; podendo parecer menos iatrogênico um paciente “homeopatizado” ou “acupunturado” e consumindo menos intervenções químico-cirúrgicas. Essa não é, porém, o ideal defendido pelos incentivadores das PICS que defendem práticas mais solidárias, menos mercantilizadas e mais enriquecedoras do processo saúde-doença-cuidado (TESSER; DALLEGRAVE, 2020).

5 METODOLOGIA

Os estudos de revisão da literatura utilizam métodos de análise com critérios rigorosos para haver produção de conhecimento sobre determinado assunto/problema, de tal modo que as conclusões possam ser incorporadas às práticas clínicas. Dentre os tipos de revisão da literatura, os mais frequentes são a revisão sistemática, a narrativa e a integrativa.

A revisão sistemática (abordagem estatística que se usa na meta análise) costuma ser a mais utilizada, porém suas metodologias de análise não contemplam questões importantes na prática clínica como o olhar sobre o cuidado ou impacto de uma doença na vida das pessoas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A revisão narrativa visa descrever o estado da arte de um determinado assunto por meio de narrativas, o que foge ao objetivo da presente pesquisa. A revisão integrativa, por sua vez, contempla estudos experimentais e empíricos e sua metodologia de análise permite obter informações mais amplas sobre os assuntos e uma maior compreensão do tema de estudo, o que atende aos meus objetivos.

A presente pesquisa é de natureza teórico-conceitual. Utilizou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica, pautada na revisão integrativa, que consiste em uma revisão da literatura por meio do levantamento de livros, artigos e outras publicações sobre os assuntos da pesquisa (PRODANOV; FREITAS, 2013). Cabe destacar que para que os resultados da pesquisa bibliográfica tenham evidências reconhecidas, são necessários seguir algumas etapas:

1. Identificar o tema e selecionar questões de pesquisa;
2. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão de estudos ou busca na literatura;
3. Definir informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
4. Avaliar os estudos incluídos;
5. Interpretar os resultados;
6. Apresentar síntese do conhecimento.

Para a revisão integrativa, foi realizada a seleção dos artigos nas bases de dados *Scielo* e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no mês de fevereiro de 2022. No *Scielo* utilizou-se os descritores: (*Acupuntura OR Auriculoterapia*) AND (*dor crônica OR estresse*), sendo realizados os seguintes filtros:

1. artigos publicados a partir de 2006, por ser o ano de publicação da PNPIC;
2. Inclusão de artigos nas áreas temáticas das Ciências da Saúde, Ciências Humanas ou Multidisciplinar, excluindo as demais áreas;
3. Seleção de artigos com idiomas em português e inglês;

4. Inclusão de artigos, artigos de revisão e relato de caso. Após essa primeira seleção ficaram 150 artigos para análise.

Na Base de dados da BVS também foram utilizados os descritores (*Acupuntura OR Auriculoterapia*) AND (*dor crônica OR estresse*) e realizados os seguintes filtros:

1. Artigos com textos completos nas bases de dados *LILACS* e *MEDLINE*;
2. Idiomas em Inglês e Português;
3. Publicações a partir de 2006. Após essa primeira seleção ficaram 172 artigos para serem analisados.

Somando os artigos do *Scielo* (n=150) e da BVS (n= 172), totalizam 322 artigos. Aplicando os critérios de Inclusão e Exclusão (Quadro 2) obtivemos 71 artigos, sendo 23 duplicados, e 48 para serem analisados.

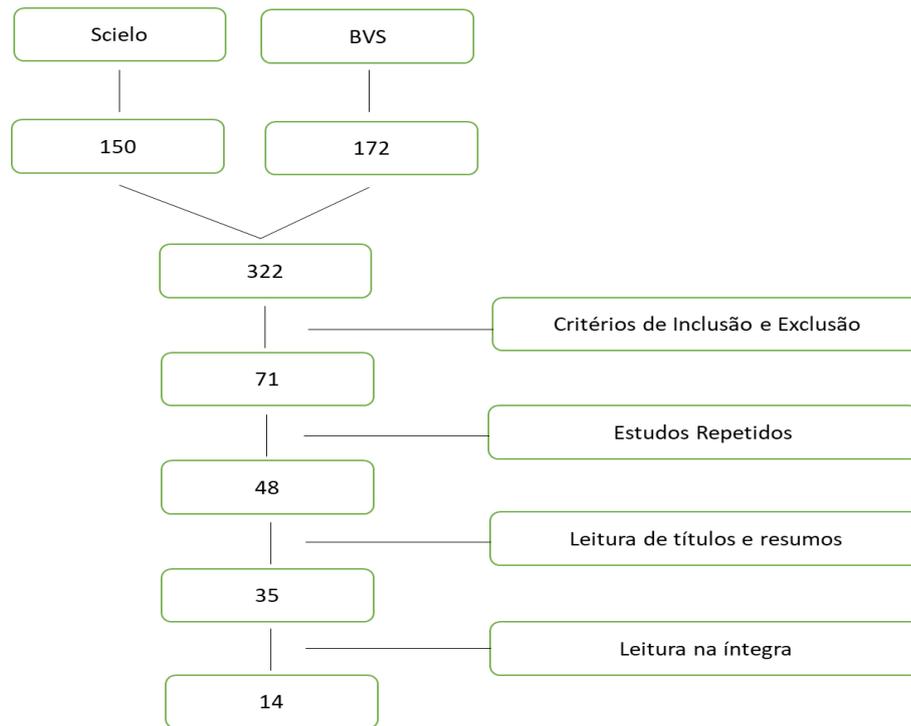
Quadro 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão na seleção dos artigos a serem analisados

Critérios de Inclusão	Artigos com temáticas sobre dor crônica, dor musculoesquelética/fibromialgia, estresse emocional e insônia.
Critérios de Exclusão	Textos com outras abordagens como craniopuntura ou eletroacupuntura, práticas de auriculoterapia e acupuntura em gestantes, trabalho de parto, oncologia ou cuidados paliativos, doenças do sistema nervoso central, dor ortodôntica, sinais e sintomas gastrointestinais, dismenorreia, sintomas urinários ou doença renal crônica, técnicas aplicadas em atletas e ainda os que tinham como abordagem processos de ensino-aprendizado e população menor de 18 anos.

Fonte: Elaboração própria.

Em seguida, foram realizadas a leitura de todos os títulos e resumos (n=48) e selecionados 35 artigos para leitura na íntegra (Figura 1).

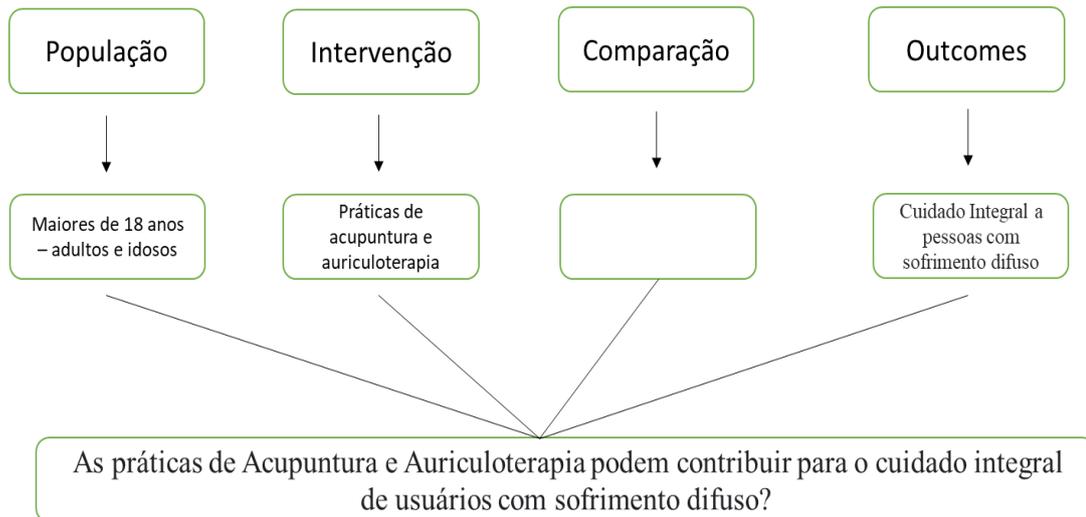
Figura 1 – Fluxo da seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa



Fonte: Elaboração própria apud MORAIS *et al.*, 2020.

Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados (n=35), utilizou-se a estratégia PICO para realizar uma nova filtragem (Figura 2). PICO representa um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e "**O**utcomes" (desfecho) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Foram adotados P (população) maiores de 18 anos - adultos e idosos; I (intervenção) as práticas de acupuntura e auriculoterapia; C (comparação) não foi utilizada e O (outcomes) o cuidado integral a pessoas com sofrimento difuso, sendo selecionados 14 artigos que abordavam a questão da pesquisa. Sendo assim, foi formulada a seguinte pergunta de estudo: as práticas de Acupuntura e Auriculoterapia podem contribuir para o cuidado integral de usuários com sofrimento difuso? (Figura 2)

Figura 2 – Descrição da estratégia PICO



Fonte: Elaboração própria apud MORAIS *et al.*, 2020.

Os 14 artigos selecionados foram analisados e categorizados, levando-se em consideração algumas variáveis referentes às características dos estudos, tais como: Título dos artigos e autores, conforme descritos no quadro a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 – Título dos artigos e autores

Título	Autores
Efeitos da acupuntura na fibromialgia: revisão integrativa.	Heloísa Salvador dos Santos Pereira <i>et al.</i>
Efeitos da auriculoterapia sobre o estresse, ansiedade e depressão em adultos e idosos: revisão sistemática.	Hérica Pinheiro Corrêa <i>et al</i>
Auriculoterapia e redução da dor musculoesquelética crônica: revisão integrativa.	Bruna Xavier Morais <i>et al.</i>
Acupuntura auricular para dor crônica nas costas em adultos: revisão sistemática e metanálise.	Caroline de Castro Moura <i>et al.</i>
Ação da auriculoacupuntura em pessoas com dor crônica na coluna vertebral: ensaio clínico randomizado.	Caroline de Castro Moura <i>et al.</i>
Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa.	Sueli Leiko Takamatsu Goyatá <i>et al</i>
Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor.	Rebecca Saray Marchesini Stival <i>et al</i>
Experiência de pacientes com acupuntura no SUS em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social.	Emiliana Domingues Cunha da Silva; Charles Dalcanale Tesser.
O uso da acupuntura na sintomatologia do stress.	Marília Conceição da Silva Doria; Marilda Emmanuel Novaes Lipp; Delvo Ferraz da Silva.
Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios.	Betina Freidin; Rosana Abrutzky.
Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde.	Maria Elisa Rizzi Cintra; Regina Figueiredo.
Efeito da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos: estudo preliminar	Raymond S. Takiguchi <i>et al.</i>
Acupuntura no tratamento de dor lombar	Paulo Cesar Carvalho <i>et al.</i>
Auriculoterapia efeito sobre a ansiedade	Caroline de Castro Moura <i>et al.</i>

Fonte: Elaboração própria.

Outras variáveis como delineamento metodológico, ano de publicação, número de pessoas do estudo e principais resultados e impactos nos profissionais de saúde em relação ao cuidado foram sintetizados (Quadro 4) e serão apresentadas e discutidas no próximo capítulo com os resultados da pesquisa. A análise dos artigos se pautou nas categorias teóricas da pesquisa que são: cuidado, sofrimento difuso e acupuntura e auriculoterapia.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Medicina Tradicional Chinesa começou a ganhar embasamento filosófico com o advento da escola Naturalista, no século VI a.C e sua prática é pautada em teorias milenares bem descritas e aceitas na China e no Oriente (PEREIRA, 2005). A ocidentalização das práticas da MTC ocorreu no movimento de contracultura na década de 1980, principalmente nos Estados Unidos e na Europa e a “tendência naturalista” defendida pelos adeptos desse movimento cunhou na sociedade um imaginário de charlatanismo, xamanismo e credíncias (NASCIMENTO, 1998) que até hoje permeiam em discursos conservadores, fazendo-se necessário tentar provar “a qualquer custo” que essa racionalidade médica é baseada em evidências científicas fortes.

Dentre os artigos selecionados (N=14) que abordavam a prática da MTC, seja por meio da acupuntura e/ou da auriculoterapia, 35,71% eram Ensaio Clínicos Randomizados (N= 5), 28,75% Revisões Integrativas (N = 4), 21,42% Estudos descritivos com abordagem qualitativa (N= 3) e 14,28% Revisões Sistemáticas (N=2). Em relação ao país dos estudos, 13 foram feitos no Brasil, destacando-se os estados de Minas Gerais e São Paulo com a maioria das publicações, seguido de Sergipe, Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina e 1 estudo publicado na Argentina. Todos os artigos tinham nos títulos a palavra acupuntura e/ou auriculoterapia, conforme sistematizado no quadro 3.

Quanto à área de formação dos autores, há prevalência de estudos publicados pela Enfermagem, correspondendo a 50% (N=7), seguido pela Saúde Pública com 21,42% (N=3), e depois 7,14% englobando as áreas de Reumatologia, Psicologia e Fisioterapia (N=1 estudo cada). Um volume considerável de publicações realizadas em revistas científicas de enfermagem e autores nessa área de formação demonstra a preocupação dessa categoria no processo de cuidado integral e na difusão das PICS (CORRÊA *et al.*, 2020). Cabe destacar que após a publicação da PNPIC (BRASIL, 2006a) e da portaria que regulamenta a prática de acupuntura e auriculoterapia pelo profissional de enfermagem em 2008 (COFEN, 2008), é possível evidenciar um amplo interesse desses profissionais pelas práticas integrativas e complementares (GOYATA *et al.*, 2016).

O profissional de enfermagem está presente em todos os níveis de atenção e seu processo de formação é voltado essencialmente para o cuidado. É principalmente no cenário da Atenção Primária à Saúde que o enfermeiro mais se aproxima dessa dimensão, sendo responsável pela prevenção e promoção da saúde, pelo cuidado e vigilância e se afasta um

pouco das atribuições técnicas como aferição de sinais vitais, funcionamento de equipamentos e ato medicamentoso (SOUZA, 2006).

Em relação aos locais de realização das pesquisas, doze artigos tratavam de estudos realizados em populações que estavam em acompanhamento nos níveis de atenção especializada, seja no ambiente Universitário/Hospitalar ou em ambulatórios específicos de acupuntura ou reumatologia/fisioterapia. Apenas dois estudos ocorreram em Unidades Básicas de Saúde, dentre eles, um comparava a qualidade e satisfação dos usuários que estavam sendo acompanhados em unidades de atenção primária e secundária.

Considerando que a expansão da cobertura da ESF no Rio de Janeiro entre os anos de 2006 e 2018 foi para quase 70%, que a atenção primária é um espaço importante de promoção de saúde e cuidado integral, que houve um aumento de casos de pessoas com sofrimento difuso e em uso crônico de medicações controladas na APS e que teve um estímulo ao uso de Práticas Integrativas e Complementares após a publicação da PNPIC, é necessário apontar a ausência de publicações de estudos com essa temática no município do Rio de Janeiro. Não está sendo estimulado a produção científica no Rio de Janeiro ou a temática que engloba sofrimento difuso, uso indiscriminado de medicações alopáticas, biomedicina iatrogênica e o uso de outras racionalidades médicas no cuidado não está sendo capaz de sensibilizar profissionais e usuários a despertar interesse nos estudos por essas temáticas?

A maioria dos estudos foi realizado em âmbito hospitalar ou em ambulatórios específicos de acupuntura. Apesar de 78% de serviços de Atenção Básica ofertarem PICS no Brasil (SILVA *et al.*, 2020), há escassez de pesquisas nesse cenário, o que reforça a importância da produção de estudos com boas evidências científicas para fortalecer e promover as PICS como estratégia de saúde pública e cuidado integral na APS (CORRÊA *et al.*, 2020).

Quanto a características sociodemográficas dos participantes dos estudos, os artigos não se preocupam em analisar sua população-alvo quanto ao gênero, raça/cor, grau de escolaridade e/ou ocupação. Oito estudos relataram que a população alvo era predominantemente mulheres e um estudo utilizou como critério de inclusão apenas mulheres. Nenhum estudo se atentou a relatar a raça/cor dos participantes, nem mesmo os publicados pela saúde pública que informaram terem sido coletados dados sociodemográficos. Cinco estudos apenas mencionaram o grau de escolaridade dos participantes e percebe-se equilíbrio entre estudos que predominaram pessoas com ensino fundamental e outros com predomínio

de nível médio ou universitário. Nenhum estudo relatou emprego/ocupação ou renda dos usuários.

Diversos têm sido os estudos que fazem análise epidemiológica/sociodemográfica de pessoas com sofrimento difuso. Conforme presente nos trabalhos que divulgaram a variável gênero, há predomínio de pessoas com sofrimento no gênero feminino (N= 8 artigos). A alta prevalência pode estar relacionada à tendência de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde do que os homens (DORIA *et al.*, 2012) ou ao fato das mulheres estarem acumulando dupla jornada de trabalho com atividades domésticas e fora de casa, submetendo-se a trabalhos que demandam esforço físico, tempo prolongado em posturas inadequadas e impossibilidade de momentos de repouso (CARVALHO *et al.*, 2015; PATEL; KLEINMAN, 2003; MARAGNO, 2006).

Pesquisas evidenciam que, baixa escolaridade, desemprego ou ocupações com vínculo empregatício frágeis e baixa renda foram relacionados ao sofrimento, chegando a ser até considerado fatores condicionantes de sofrimento difuso (PATEL; KLEINMAN, 2003; MARAGNO, 2006). Historicamente, pessoas com baixa renda habitam locais de periferia e favelas que apresentam carência na rede de esgoto, moradias e habitações precárias, insegurança pública, dificuldades quanto ao transporte público, e dificuldade de acesso à saúde e à educação. Em geral, enfrentam questões de desemprego ou ocupações com vínculo empregatício frágil ou trabalhos informais e muitas dependem de benefícios sociais como bolsa-família. São essas pessoas em situação de maior vulnerabilidade pessoal que apresentam maior índice de evasão escolar por necessidade de trabalhar desde a infância/adolescência gerando um ciclo de abandono escolar, dificuldades em inserção no mercado de trabalho e baixa renda que interferem diretamente no adoecimento e no sofrimento difuso (FONSECA *et al.*, 2008).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a maior parte da população das favelas é composta de negros (população que se reconhece como raça/cor preta e parda) que, além da vulnerabilidade social, enfrentam diariamente questões de violência e racismo que são potenciais fatores de adoecimento (ZENKER, 2008). Nesse sentido, fica uma lacuna quando os estudos analisados investigam, em sua maioria, eficácia e protocolos de tratamento da Acupuntura e Auriculoterapia na sintomatologia de ansiedade, depressão, estresse e dor crônica e não se preocupam com os dados sociodemográficos da população estudada.

Os estudos que divulgaram o grau de escolaridade das pessoas sendo a maioria com nível médio ou superior podem ter tido esses achados devido ao viés de seleção, por terem

sido realizados em serviços de atenção secundária/terciária ou ainda, devido a Acupuntura e Auriculoterapia ainda serem terapias hierarquizadas e pessoas instruídas terem maior acesso à informação e procura por essa forma de tratamento complementar (DORIA *et al.*, 2012).

Quanto ao objetivo geral dos estudos, 50% estão relacionados a analisar a eficácia e/ou os protocolos clínicos que utilizam a Acupuntura e a Auriculoterapia na analgesia e melhora da dor crônica, principalmente em adultos e idosos com fibromialgia e dor músculo-esquelética. Outros 28,5% se interessaram em analisar eficácia e protocolos clínicos da Acupuntura e Auriculoterapia na sintomatologia do estresse, ansiedade e depressão e 21,5% analisaram as percepções gerais e expectativas de usuários de serviços de saúde que realizavam Acupuntura.

A dor vai além de percepções corporais, muitas vezes engloba fatores psicológicos e socioculturais e age no sistema nervoso central provocando emoções desagradáveis (SANTOS; SOUZA, 2021). A dor que se cronifica, é um caso médico complexo, pois causa sintomas de grande impacto no desenvolvimento de atividades diárias, na qualidade de vida, no humor e má qualidade do sono e esses sintomas são muitas vezes potencializados ao evoluir para um quadro depressivo e de sofrimento. Além disso, a pessoa com dor crônica é usuária de diversos serviços de saúde como ambulatórios de dor, serviços de reabilitação e exames de imagem complexos (MORAIS *et al.*, 2020).

É perceptível o interesse em pesquisas que investigam a melhora da dor crônica com uso de Acupuntura e Auriculoterapia. Em todos os estudos foram relatados resultados positivos. Dos sete artigos que investigaram efeitos secundários para além da dor, foram relatados melhora de sintomas como humor, bem-estar, qualidade de vida, insônia, fadiga, produtividade, redução de medicamentos alopáticos, retorno às atividades e depressão.

A dor na Medicina Tradicional Chinesa é vista como um bloqueio na funcionalidade do *Qi* (energia) e/ou do *Xue* (sangue) nos canais e meridianos, que chamamos de estagnação. Os órgãos e vísceras *Zang Fu* que são responsáveis pela funcionalidade do organismo estão ligados aos canais e meridianos e por eles recebem *Qi* e *Xue*; a estagnação dessas substâncias vitais ocasiona uma deficiência na funcionalidade do organismo (MORAIS *et al.*, 2020). Além de dor, a estagnação do *Qi* pode ocasionar sintomas como irritabilidade, desânimo, alterações de humor, suspiros frequentes; todos eles relatados como secundários aos processos de dor crônica. A acupuntura e a Auriculoterapia agem na estimulação de pontos proximais e distais de forma a liberar esses meridianos e restabelecem o fluxo de *Qi* e *Xue* e o equilíbrio do organismo (MACIOCIA, 2007).

Quanto aos quatro estudos que objetivaram avaliar eficácia e protocolos clínicos da Acupuntura e Auriculoterapia na sintomatologia do estresse, ansiedade e depressão, todos tiveram conclusões positivas quanto ao desfecho dessas sintomatologias. Nos estudos de DORIA, LIPP e SILVA (2012), 65% dos usuários relataram ter sintomas psicológicos, 30% sintomas físicos e apenas 5% ter ambos os sintomas como consequência do estresse. E ainda, como queixas principais, a maioria relatou o cansaço constante/fadiga, pensamentos focados em um único assunto e ansiedade e angústia diária.

Na literatura oriental não temos descritos pontos de acupuntura ou auriculoterapia para tratamento de ansiedade e depressão, pois elas não são tidas como uma doença, diferente da medicina ocidental que temos um Código Internacional de Doenças (CID) de Transtorno de Ansiedade Generalizada (SILVA, 2010). Na MTC acredita-se que não existe separação entre mente, corpo e espírito e, com isso, ansiedade e depressão são consideradas sintomatologias geradas por alguma desarmonia ou desequilíbrio em algum dos cinco órgãos *Zang Fu* que são: coração, baço-pâncreas, pulmão, rins e fígado (SILVA, 2010).

O coração é o órgão que abriga o espírito (*Shen*) e o sangue (*Xue*). O espírito, no entanto, não fica parado no coração e flui por meio dos vasos sanguíneos, nutrindo todo o corpo, garantindo a vitalidade, consciência, regulando o humor e bem-estar (CAMPIGLIA, 2004). O desequilíbrio da energia (*Qi*) ou do sangue (*Xue*) no coração ou órgãos que regulam o coração podem gerar sintomas de desordens emocionais, sejam eles por desordem de excesso, insuficiência ou estagnação. Essas desordens podem ser ocasionadas pelos fatores patogênicos internos, externos e/ou estilo de vida tais como alimentação desequilibrada, excesso de trabalho, atividades físicas ou sexuais (SILVA, 2010).

As desordens emocionais, por sua vez, podem ocorrer devido a combinações de múltiplos fatores que se encontram em desequilíbrio. A MTC interpreta os sintomas e doenças baseadas em processos individuais e subjetivos das pessoas e como as relações, emoções, cultura, ambiente e fatores psicológicos estão conectados entre si. Assim, a sintomatologia relatada pelos usuários, podem ser semelhantes, porém causadas por condições diversas. Nesse sentido, na MTC a interpretação diagnóstica e a proposta terapêutica para as escolhas dos pontos e/ou meridianos de acupuntura e auriculoterapia são individuais e podem variar a cada sessão (MOURA *et al.*, 2019). Assim, os estudos que procuram estabelecer protocolos clínicos para tratamento de sintomatologias englobadas aqui como sofrimento difuso, tais como dor crônica, ansiedade, depressão e estresse, apresentaram dificuldades em apresentar conclusões baseadas em níveis de evidência científicas confiáveis.

Os estudos de Silva e Tesser (2013) e Cintra e Figueiredo (2010) realizaram, respectivamente, entrevistas com usuários de Florianópolis e de São Paulo em unidades de atenção primária à saúde, assim como em serviços de atenção secundária que ofereciam serviços de acupuntura. Ambos evidenciaram que grande parte dos encaminhamentos era para realizar acupuntura como recurso complementar à biomedicina ou após falha terapêutica com os diversos recursos biomédicos. Também foi relatado a decepção dos usuários da atenção secundária devido a chegada tardia aos serviços de acupuntura e com o número limitado de sessões disponíveis (SILVA; TESSER, 2013), diferente dos demais serviços ofertados pela APS que não têm restrição de atendimento.

O profissional que oferta cuidado baseado na MTC na APS se beneficia de recursos como vínculo, proximidade e longitudinalidade para oferecer orientações mais próximas à realidade das pessoas e pode ampliar as ferramentas terapêuticas para além das práticas de acupuntura e auriculoterapia, como orientações sobre alimentação, práticas corporais e exercícios de respiração ou meditação, priorizando o cuidado integral do usuário (SILVA; TESSER, 2013). É um processo educativo que estimula o reconhecimento do ser sobre si e fomenta a autonomia e autocuidado dos usuários, deslocando-os de pacientes (passivos) para sujeitos (ativos) no seu tratamento (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010).

Nesses dois estudos (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010; SILVA; TESSER, 2013), a grande maioria dos encaminhamentos para terapêutica com acupuntura eram por motivos de dores crônicas. Usuários ainda relataram que a longo prazo houve diminuição no uso e abuso de medicações farmacológicas, muitos com potencial de dependência e efeitos colaterais, como a morfina. Junto de outros estudos analisados pelos autores, há concordância quanto a acupuntura contribuir para redução de medicamentos e iatrogenias e ser um grande potencial de cuidado (SILVA; TESSER, 2013; CINTRA; FIGUEIREDO, 2010).

Cabe ressaltar que os estudos com delineamentos de Ensaio Clínico Randomizado e Revisões da literatura tiveram como limitações perdas de segmento importante, número de pessoas participando (N) pequeno para considerar desfechos significativos, além de estudos com metodologias frágeis e cegamento inadequado. Tais estudos apresentaram conclusões que corroboraram com literaturas nacionais e internacionais sobre os benefícios da acupuntura e auriculoterapia no tratamento de usuários com dor e ansiedade, porém não apresentam níveis de evidência fortes devido ao quantitativo de participantes em função das perdas.

Ensaio clínico randomizado e revisões sistemáticas da literatura são estudos com metodologia criteriosa e níveis de evidência mais confiáveis e aceitos pela medicina baseada em evidência. Em geral são estudos que comparam grupo de intervenção com grupo

controle/placebo/sem intervenção; duplo-cegos e com N e perda de segmento que não interferem nos achados. Essas regras são muito bem estabelecidas para pesquisas pautadas na racionalidade biomédica.

Tem sido desafiador utilizar ferramentas de análise de evidências científicas propostas para estudos biomédicos na avaliação de uma racionalidade médica distinta dessa lógica, como é a MTC. Nos estudos que avaliam eficácia da acupuntura e auriculoterapia, os pesquisadores têm dificuldades em estabelecer protocolos clínicos que estabeleçam um padrão de pontos de tratamento para uma determinada afecção, tendo em vista a complexidade e a individualização terapêutica que a MTC requer para alcançar desfechos favoráveis (MOURA *et al.*, 2019). Além disso, é necessário que ocorra duplo-cegamento em estudos que comparam grupo placebo e intervenção, mas para isso nem a pessoa do estudo e nem o terapeuta deveriam saber o tipo de intervenção proposto, o que na lógica da MTC é um obstáculo visto que o terapeuta que aplica a acupuntura ou auriculoterapia saberá quais pontos serão manipulados (PEREIRA, 2005).

Outra barreira é como manipular o grupo placebo. Tem sido proposto uso de agulhas bem finas, apenas na epiderme (terapia *sham*) ou em pontos que não seriam considerados “pontos de acupuntura” ou de auriculoterapia. Porém as conclusões dos estudos que utilizam essas metodologias conseguem alcançar desfechos favoráveis às vezes até iguais aos do grupo intervenção (PEREIRA, 2005). Esses achados levantam discussões de como essas técnicas podem promover algum efeito terapêutico, visto que o ato de cuidar engloba dimensões emocionais e psicológicas que necessitam ser consideradas para o tratamento (CORRÊA *et al.*, 2020; PEREIRA, 2005).

Como já descrito anteriormente, estudos recentes demonstram que a oferta de PICS encontra-se em 54% dos municípios brasileiros e em todas as capitais. Essas práticas estão distribuídas em 78% das UBS e 22% nos serviços de média e alta complexidade, e, segundo o Ministério da Saúde o Brasil é referência mundial de PICS na atenção primária à saúde (BRASIL, 2022); porém, percebe-se que a maioria dos estudos (N= 12) sobre acupuntura e auriculoterapia ainda são realizados nos serviços hospitalares ou especializados. Cabe destacar a importância de realizar estudos sobre as PICS e, mais especificamente sobre a Acupuntura e Auriculoterapia, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, pois são unidades de atendimento que ficam próximas da população e são a porta de entrada do serviço público de saúde, além de serem espaços que se beneficiam de uma relação próxima entre terapeuta-usuário, de construção de vínculos de longitudinalidade e são cenários que visam a promoção da saúde e a visão ampliada do processo de cuidado.

A Acupuntura e a Auriculoterapia, enquanto uma racionalidade médica da MTC distinta da biomedicina, têm o potencial de contribuir para a melhoria do estado de saúde dos sujeitos e coletivos diante com dores crônicas, estresse, angústia, depressão, entre outras expressões do sofrimento difuso, e reduzir a medicalização social, tal como evidenciado nos diversos estudos analisados. Para que o debate avance, com o incremento da acupuntura e da auriculoterapia, entre outras PICS, na Atenção Primária, é fundamental que os gestores e profissionais da saúde reconheçam a importância dessas práticas terapêuticas para aliviar o sofrimento e fortalecer a produção do cuidado ofertado pelas equipes de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a análise dos estudos percebe-se uma tendência dos autores em biomedicinizar as práticas de acupuntura e auriculoterapia, buscando reduzir pessoas com manifestações de sintomas inespecíficos de dor crônica e estresse e ansiedade a protocolos padronizados de pontos específicos para determinadas “patologias”. Tais achados retratam a visão especializada e hospitalocêntrica, cenário da maior parte dos artigos analisados neste trabalho. Nessa perspectiva, a acupuntura e a auriculoterapia apresentam desfechos favoráveis, corroborando com evidências nacionais e internacionais.

O cenário da APS possibilita uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença, abordagem multiprofissional e longitudinal no cuidado integral dos usuários da comunidade. Assim, é necessário incentivar pesquisas que utilizem práticas de acupuntura e auriculoterapia no cuidado a pessoas com sofrimento, mas com outros delineamentos metodológicos como grupos focais, entrevistas individualizadas, narrativas, etc.

O sofrimento difuso, muitas vezes transparece em cenários de grande vulnerabilidade social e complexidade na abordagem inicial e acompanhamento longitudinal. O crescente interesse das demais áreas da saúde, como enfermagem, fisioterapia, psicologia no cuidado de pessoas com sofrimento por meio das práticas da MTC, refletem a tendência atual em valorizar a equipe multiprofissional e descentralizar o protagonismo médico.

Essa pesquisa de mestrado contribui ao trazer a discussão acerca da prevalência de pessoas com sofrimento difuso na APS, a fragilidade dos profissionais de saúde na abordagem de pacientes com queixas somáticas diversas e a tendência à medicalização social. Ao apresentar os estudos sobre as Racionalidades Médicas, mais profundamente Acupuntura e auriculoterapia aponta a importância de ampliar o olhar para o cuidado integral e incentivar a autonomia dos sujeitos e o autocuidado no processo saúde-doença.

Apesar de poucos estudos no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ficam evidenciadas algumas limitações da introdução e uso de práticas da MTC nesse cenário, tais como escassez de qualificação profissional, falta de conhecimento sobre fundamentos dessas práticas, programa de financiamento ineficaz, carência de discussões acerca do exercício profissional e a pressão assistencial na rotina da APS que muitas vezes trabalha na lógica da produtividade.

A fragilidade dos vínculos empregatícios e a lógica produtivista no cenário da saúde limita o tempo destinado aos atendimentos o que torna inviável utilizar práticas de outras racionalidades médicas que não a biomédica. O tempo necessário para realizar anamnese detalhada, exame físico adequado e necessário para realizar um diagnóstico e pensar em uma

terapêutica na lógica da Medicina Tradicional Chinesa são incompatíveis com a realidade vivenciada na APS. Para se adequar ao cenário gerencialista atual, os profissionais que estão se capacitando e atuando com acupuntura e auriculoterapia na APS muitas vezes misturam a cosmologia da biomedicina com a da MTC, realizando consultas na lógica da biomedicina e propondo terapêuticas da Racionalidade Médica Chinesa.

Indo na contraproposta produtivista, tem sido propostos grupos de cuidado em saúde que utilizam técnicas de relaxamento, práticas corporais e aplicação de auriculoterapia com escolhas de “pontos” baseado em diagnose singularizada em encontros prévios, dentro do consultório. Muito se houve falar da potência que esses grupos trazem para o cuidado integral da população, porém poucos estudos analisam essas práticas ou outras metodologias que podem ser utilizadas pelas práticas das racionalidades médicas vitalistas.

A presente pesquisa apresenta algumas limitações e se beneficiaria de novos desdobramentos para além da revisão integrativa, como uma etapa de trabalho de campo por meio de entrevistas com profissionais e usuários ou realização de grupos focais nas unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro.

Apontar e discutir o potencial benefício e as limitações da Acupuntura e Auriculoterapia no cuidado integral de pessoas com sofrimento difuso na APS cumpre os objetivos dessa pesquisa e ressalta a necessidade de incentivar debates acerca da temática nos diversos cenários das discussões de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trabalho, educação e saúde*, v. 12, n. 3, p. 498-518, 2014.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BARROS, N. F. Bases da sociologia das medicinas alternativas, complementares e integrativas no campo da saúde. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (orgs). *Racionalidades e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 13 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Declaração de Alma-Ata sobre os cuidados primários de saúde*, Alma-Ata, URSS (12 de setembro de 1978). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>. Acesso em 13 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em 13 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 13 jul. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Presidência da República, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 13 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em 13 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cobertura da Atenção Básica. e-Gestor: Informação e Gestão da Atenção Básica*, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=PCJp6DZo1h03RkM4RfNFU6WJ>. Acesso em 13 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. *Práticas Integrativas e Complementares (PICS)*. gov.br, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics-1>. Acesso em 17 jun. 2022.

CAMPIGLIA, H. *Psique e medicina tradicional chinesa*. São Paulo: Roca, 2004.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Ed. Cultrix, 1986.

CARVALHO, P. C. *et al.* Acupuntura no tratamento de dor lombar. *J. Health Sci. Inst.*, São Paulo, v. 33, n. 4, 2015.

CHAVES, S. C. S.; NOBREGA, M. P. S. S.; SILVA, T. S. Intervenções não farmacológicas ofertadas ao usuário com transtorno mental comum na atenção primária à saúde. *J. nurs. health*, Pelotas, v. 9, n. 3, 2019.

CINTRA, M. E. R. e FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 32, 2010.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN n. 326/2008*. Regulamenta a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade. Brasília, DF: COFEN, 2008. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3262008_5414.html. Acesso em 22 jul. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.455/1995*. Reconhece a Acupuntura como especialidade Médica. Brasília, DF: CFM, 1995. Disponível em https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1455_1995.pdf. Acesso em 22 jul. 2021.

CORRÊA, H. P. *et al.* Efeitos da auriculoterapia sobre o estresse, ansiedade e depressão em adultos e idosos: revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 54, 2020.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DORIA, M. C. S.; LIPP, M. E. N.; SILVA, D. F. O. Uso da acupuntura na sintomatologia do stress. *Psicol. cienc. e prof.*, [s.l.], v. 32, n. 1, p. 34-51, 2012.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. M. Atenção Primária a Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. (orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARAES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtorno mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.

FORTES, S. *Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil*. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

FREIDIN, B.; ABRUTZKY, R. Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios. *Interface*, Botucatu, v. 15, n. 37, 2011.

GOYATA, S. L. T. *et al.* Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília-DF, v. 69, n. 3, p. 564-71, 2016.

HABIMORAD, P. H. L. *Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa*. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2015.

IBGE. *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012.

LACERDA, A.; VALLA, V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como Proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

- LUZ, D. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. *In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (orgs.). Racionalidades e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
- LUZ, M. T. Abordagens teóricas novas práticas em saúde coletiva. *In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A., (orgs.). Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005a.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2005b.
- LUZ, M. T. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. *In: LUZ, M. T., BARROS, N. F., (orgs.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2012, p. 25-48.
- LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001, p. 17-37.
- LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A Medicina Antroposófica como racionalidade médica. *In: LUZ, M. T., BARROS, N. F., (orgs.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2012. p. 185-216.
- MACIOCIA, G. *Os Fundamentos da Medicina Chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas.* São Paulo: Rocca, 2007.
- MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, [s.l.], v. 22, n. 8, 2006.
- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, 2019.
- MORAIS, B. X. *et al.* Auriculotherapy and reducing chronic musculoskeletal pain: integrative review. *Rev. Bras. Enferm.*, [s.l.], v. 73, n. 6, 2020.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, 2018.
- MOURA, C. C. *et al.* Acupuntura auricular para dor crônica nas costas em adultos: revisão sistemática e metanálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 53, 2019.
- MOURA, C. C. *et al.* Ação da auriculoacupuntura em pessoas com dor crônica na coluna vertebral: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, 2018.
- MOURA, C. C. *et al.* Auriculoterapia efeito sobre a ansiedade. *Revista Cubana de Enfermería*, [s.l.], v. 30, n. 2, 2015.

- NASCIMENTO, M. C. Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde. *In: LUZ, M. T., BARROS, N. F. (orgs.). Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: estudos teóricos e empíricos.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2012. p. 343-356.
- NASCIMENTO, M. C. De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 1998.
- NUNES, M. F. *et al.* A acupuntura vai além da agulha: trajetórias de formação e atuação de acupunturistas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 300-311, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YY9ts75mZFyf7d9ZV46q3BM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of World Health Organization*, Geneve, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003.
- PEREIRA, F. A. O. Evidências científicas da ação da Acupuntura. *Perspectivas*, Campos dos Goytacazes, v. 4, n. 7, p. 88-105, 2005.
- PEREIRA, H. S. S. *et al.* The effects of acupuncture in fibromyalgia: integrative review. *BrJP*, São Paulo, v. 4, n. 1, 2021.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
- PINHEIRO, R.; FRANCINE, L. G. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018.
- PRODANOV, C. C. *Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.* 2. ed., Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014- 2017.* Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em 13 jul. 2021.
- SALGUEIRO, G. M.; SILVA, M. F. Avaliação de pacientes com Transtornos Mentais Comuns acompanhados no Jacarezinho-RJ. *In: Anais do Congresso brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*, Campinas: Galoá, 2017. Disponível em: <https://proceedings.science/cbmfc/papers/avaliacao-de-pacientes-com-transtornos-mentais-comuns-acompanhados-no-jacarezinho-rj>. Acesso em: 13 jul. 2021.
- SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.* 2 ed., São Paulo: Cortez: 2000.

SANTOS, J. E.; SOUZA, R. C. Dor que fala, dor que cala: sentidos da dor para usuários da atenção primária. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 13, n. 1, p. 125-139, 2021.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 3, 2007.

SILVA, A. L. P. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [s.l.], v. 30, n. 1, 2010.

SILVA, E. D. C.; TESSER, C. D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, 2013.

SILVA, G. K. F. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 01, 2020.

SOUZA, A. C. C. *et al.* Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 59, n. 6, 2006.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, [s.l.], v. 8, n.1, p. 102-6, 2010.

STIVAL, R. S. M. *et al.* Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 54, n. 6, 2014.

TAKIGUCHI, R. S. *et al.* Efeito da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos: estudo preliminar. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 15, n. 3, 2008.

TESSER, C. D. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface*, Botucatu, v.10, n.19, 2006.

TESSER, C. D.; DALLEGRAVE, D. *Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n.9, 2020.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, 2008.

TESSER, C. D.; CARVALHO, I. M. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, 2012.

ZENKER, A. L. Negros são maioria nas favelas, segundo estudo do Ipea. Agência Brasil, Brasília-DF, 2008. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2008-12->

[16/negros-sao-maioria-nas-favelas-segundo-estudo-do-ipea](#). Acesso em: Acesso em: 17 jun. 2022.

W.H.O. *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneve: WHO, 2002.

WANG, Y. *Micro-acupuncture in practice*. St Louise, MO: Churchill Livingstone Elsevier, 20

APÊNDICE 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Quadro 4 – Síntese dos Artigos selecionados que abordam a prática da MTC

Título	Delineamento; Ano de publicação	Nº do Estudo	Objetivo dos estudos	Principais Resultados	Contribuições do estudo
Efeitos da acupuntura na fibromialgia: revisão integrativa	Revisão Integrativa; 2021.	N= 7	Realizar uma revisão integrativa do uso da acupuntura na analgesia em pacientes com Fibromialgia.	A acupuntura foi eficaz para o tratamento da dor em pacientes com Fibromialgia, melhorando a qualidade de vida e o sono.	A acupuntura é de baixo custo, eficaz e pode ser utilizada em diversos serviços de saúde. Pode promover alívio da dor e melhorar a qualidade de vida do paciente e a realização das atividades de vida diária.
Efeitos da auriculoterapia sobre o estresse, ansiedade e depressão em adultos e idosos: revisão sistemática	Revisão sistemática; 2020.	N= 24	Identificar as evidências disponíveis na literatura científica acerca dos efeitos da auriculoterapia no tratamento do estresse, da ansiedade e da depressão em adultos e idosos, analisando os principais protocolos para a aplicação da intervenção.	As evidências disponíveis na literatura acerca dos efeitos da auriculoterapia no tratamento do estresse, da ansiedade e da depressão comprovam a efetividade da técnica em indivíduos adultos e idosos.	A auriculoterapia é uma prática milenar, aplicada a partir de um raciocínio diagnóstico embasado filosoficamente e que vai ao encontro dos preceitos de assistência humanizada e integral. A utilização da prática pode ser difundida e diante da sua efetividade, melhorar a saúde da população.
Auriculoterapia e redução da dor musculoesquelética crônica: revisão integrativa.	Revisão Integrativa; 2020.	N= 14	Descrever as evidências científicas sobre o uso da auriculoterapia na redução da Dor Musculoesquelética crônica em adultos e idosos.	A auriculoterapia contribuiu para a redução da Dor Musculoesquelética crônica, principalmente na região da coluna lombar. Técnica segura, que proporciona tanto alívio de sintomas musculoesqueléticos como possui efeitos benéficos para a saúde e bem-estar.	Contribuições para que serviços e profissionais habilitados à prática de auriculoterapia possam formular programas de intervenção, para os agravos de saúde, com base nas demandas apontadas pelas evidências científicas.

<p>Acupuntura auricular para dor crônica nas costas em adultos: revisão sistemática e metanálise.</p>	<p>Revisão sistemática e metanálise; 2019.</p>	<p>N= 15</p>	<p>Investigar e analisar os Ensaio Clínicos Randomizados existentes na literatura sobre a ação da Acupuntura Auricular para a dor crônica nas costas em adultos, identificar os desfechos mais utilizados para avaliar essa condição, o protocolo utilizado para aplicar a intervenção, bem como identificar nos estudos qual o efeito da terapia sobre a intensidade da dor.</p>	<p>A auriculoterapia é uma prática integrativa e complementar em saúde promissora para o tratamento da dor crônica nas costas, uma vez que diminuiu significativamente os escores de intensidade da dor, em relação a um grupo-controle Os desfechos mais utilizados para avaliar essa condição clínica foram a intensidade da dor, o consumo de medicação, a incapacidade física, a qualidade da dor e a qualidade de vida.</p>	<p>A síntese das melhores evidências científicas sobre a temática pode contribuir para a implementação da intervenção na prática clínica.</p>
<p>Ação da auriculoacupuntura em pessoas com dor crônica na coluna vertebral: ensaio clínico randomizado.</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado; 2018.</p>	<p>N= 83</p>	<p>Avaliar a ação da Auriculoterapia sobre a incapacidade e a temperatura tissular em pessoas com dor crônica na coluna vertebral.</p>	<p>Houve diferença estatisticamente entre os grupos e ao longo do tempo em relação à incapacidade física e, em relação à temperatura tissular. A Auriculoterapia é um recurso terapêutico de fácil aplicação, baixo custo e com relativa ausência de efeitos colaterais, que auxilia no restabelecimento da saúde.</p>	<p>Auriculoterapia é uma ferramenta de intervenção que pode ser facilmente implementada na prática clínica de forma a auxiliar a reabilitação das pessoas e, dessa forma, melhorar a qualidade de suas vidas.</p>

Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa.	Revisão Integrativa; 2016.	N= 19	Avaliar as evidências sobre os efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade e a qualidade dos estudos.	Os efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade têm se mostrado significativos se comparados aos tratamentos convencionais; no entanto, os estudos de ensaios clínicos randomizados apresentam baixa qualidade metodológica.	Evidências mostram que essa terapia é promissora e sua incorporação no tratamento da ansiedade no contexto do Sistema Único de Saúde, poderá contribuir para a redução do tratamento farmacológico e o seu uso indiscriminado e prolongado, evitando aos pacientes prejuízos ou mesmo a morte.
Acupuntura no tratamento de dor lombar.	Estudo Clínico Randomizado; 2015	N=27	Avaliar o efeito da estimulação de pontos específicos no controle da dor lombar.	<p>Houve uma diminuição da intensidade da dor tanto no grupo tratamento com Acupuntura sistêmica, como no de Acupuntura auricular.</p> <p>O tratamento com Acupuntura sistêmica apresentou uma resposta mais eficaz em relação ao grupo tratamento com Acupuntura auricular da dor lombar.</p>	O tratamento contribui para o reconhecimento da prática de Acupuntura na enfermagem.
Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado controlado abordando a resposta imediata da dor.	Ensaio Clínico Randomizado; 2014.	N=36	Avaliar a eficácia da acupuntura no tratamento da fibromialgia, considerando a resposta imediata da escala visual analógica de dor como desfecho principal.	Acupuntura, aplicada aos moldes da Medicina Tradicional Chinesa, possui efeito importante na redução imediata da dor em pacientes com história de fibromialgia quando comparada aos efeitos da acupuntura simulada.	Mais estudos com diferentes protocolos são necessários para confirmar os achados, com maior número de indivíduos e com maior tempo de seguimento, principalmente com o objetivo de avaliar de maneira mais precisa a duração do efeito analgésico.

Auriculoterapia efeito sobre a ansiedade.	Revisão Integrativa; 2015.	N=14	Identificar evidências na literatura sobre o efeito da auriculoterapia na ansiedade, bem como, o protocolo de tratamento.	<p>A maioria dos artigos analisados apresentou a auriculoterapia como uma Prática Integrativa e Complementar que pode ser benéfica para a redução da ansiedade.</p> <p>Essa prática é considerada um tratamento seguro, de rápida aplicação, realizado em diversas condições locais, na expectativa de melhorar a qualidade de vida, uma vez que pode contribuir para reduzir a frequência cardíaca, a dor e a ansiedade.</p>	<p>Importância de os enfermeiros investirem em conhecimentos a respeito das Práticas Integrativas e Complementares, uma vez que a utilização desses recursos amplia o campo de atuação desse profissional, além de assegurar a humanização e a qualidade do atendimento e a integralidade da assistência ao indivíduo.</p> <p>.</p>
---	----------------------------	------	---	---	---

<p>Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social.</p>	<p>Estudo descritivo com abordagem qualitativa; 2013.</p>	<p>N=30</p>	<p>Investigar a experiência de usuários de acupuntura do SUS de Florianópolis, sobre seu tratamento, incluindo sua percepção sobre eficácia, redução do uso de medicamentos, orientações recebidas, mudanças no autocuidado e nos modelos explicativos dos usuários, do ponto de vista da medicalização no foco supramencionado. Outro objetivo foi investigar essa experiência em diferentes ambientes de cuidado - atenção primária à saúde e atenção secundária.</p>	<p>Acupuntura foi percebida pela maioria dos usuários com relativa eficácia sob vários aspectos, com melhoria de seus sofrimentos e quadros álgicos e redução do uso de medicamentos.</p> <p>O ambiente da APS parece favorecer o uso da acupuntura e de outras modalidades da MTC.</p> <p>A acupuntura pouco tem contribuído para a autonomia e desmedicalização, salvo pela sua efetividade. Ela pode ser confundida como apenas mais uma especialidade ou terapêutica biomédica.</p> <p>A acupuntura mostrou ter um caráter relativamente menos medicalizante se comparada com os tratamentos biomédicos convencionais sobretudo nos casos de dor crônica.</p>	<p>Novas pesquisas enfocando os processos de realização do cuidado com acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa são necessárias para a melhor compreensão e análise de sua atuação, em termos de potencialidades e limitações no SUS, na atenção primária à saúde e nos demais serviços da rede de atenção.</p>
<p>Uso da acupuntura na sintomatologia do stress.</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado; 2012.</p>	<p>N= 20</p>	<p>Pesquisar o uso da acupuntura na sintomatologia do stress.</p>	<p>Os resultados obtidos na amostra demonstraram diferença significativa entre as avaliações antes e após o tratamento de acupuntura para as seguintes variáveis: presença de stress, fases de stress, predominância de sintomas e intensidade da queixa, porém ainda não se possuem dados sobre a manutenção desses ganhos.</p>	<p>Espera-se, enfim, que o estudo contribua para a elaboração de terapêuticas para o controle do stress como forma de garantir a saúde e o bem-estar do ser humano.</p>

<p>Acupuntura en un servicio hospitalario en Argentina: experiencias y perspectivas de los usuarios.</p>	<p>Estudio cualitativo; 2011.</p>	<p>N= 18</p>	<p>Indagar las experiencias y perspectivas de los usuarios de un servicio hospitalario de acupuntura en una ciudad del noroeste del país. Más específicamente: 1) Las razones por las que utilizan acupuntura, y las experiencias con los tratamientos y sus proveedores en un contexto hospitalario; 2) Cómo incorporan la acupuntura en sus estrategias de cuidado de la salud; 3) Cómo caracterizan al servicio de acupuntura y lo distinguen de otros efectores de salud, especialmente públicos; 4) Cuáles son, desde la perspectiva de los usuarios, las dificultades que enfrenta el servicio ante la creciente demanda de tratamientos.</p>	<p>Los pacientes incorporan la acupuntura en sus prácticas de cuidado de la salud - que en muchos casos además de la biomedicina incluye otras MACs, medicinas tradicionales y religiosas, y prácticas de autocuidado - porque la encuentran eficaz y porque les permite eliminar y/o reducir la ingesta de fármacos. Para los usuarios, el servicio de acupuntura no solamente funciona como un ámbito médico en donde se les brinda una solución para su problema de salud sino también como un espacio de aprendizaje para ejercer un rol más activo cuando interactúan con los médicos convencionales.</p>	<p>Que las MACS sean accesibles para los sectores menos privilegiados dependerá de políticas de salud que permitan y garanticen que estas experiencias de integración dejen de ser una excepción, cuenten con mayores recursos financieros y edilicios, y se difundan en todo el país en el ámbito público.</p>
--	-----------------------------------	--------------	---	--	---

Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde.	Estudo Qualitativo; 2011.	N= 13	Analisar as possíveis contribuições da Acupuntura aplicada nos serviços públicos de saúde do município de São Paulo para a Promoção da Saúde.	Profissionais e usuários apontam a terapêutica como eficaz para melhoria das enfermidades, e reconhecem que o contato com a terapêutica viabiliza a eliminação ou a diminuição das condições que geram doenças. Na Promoção da saúde, é possível intervir não apenas para evitar a doença, mas para estabelecer patamares a serem alcançados na qualidade de vida.	A Acupuntura praticada nos serviços de saúde da rede municipal de São Paulo mostra-se passível de contribuir para a construção de ações de promoção de saúde, por isso deve ser ampliada para outros serviços e utilizada como exemplo para a incorporação de outras terapias alternativas à prática da biomedicina.
Efeito da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos: estudo preliminar.	Estudo Clínico Randomizado; 2008.	N=12	Verificar a eficácia da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida de pacientes fibromiálgicos.	A acupuntura mostrou-se eficaz na melhora da dor, sono e qualidade de vida nos dois grupos, porém com melhora acentuada no grupo que recebeu acupuntura nos <i>tender points</i> .	Não relatado no estudo.

Fonte: elaboração própria.