

金
木
水
火
土

Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica

2016

Universidade Federal de Santa Catarina

金
木
水
火
土

MÓDULO I

Introdução à Formação em
Auriculoterapia

Expediente

GOVERNO FEDERAL

Coordenação Geral de Áreas Técnicas/DAB/SAS/Ministério da Saúde
Daniel Miele Amado
Olívia Albuquerque Ugarte
Paulo Roberto Sousa Rocha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor – Luis Carlos Cancellier
Vice-Reitora – Alacoque Lorenzini Erdmann

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora - Isabela de Carlos Back
Vice-Diretora - Ricardo de Sousa Vieira

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento - Antonio Fernando Boing

COMISSÃO GESTORA

Coordenador Geral - Lúcio José Botelho
Coordenador Pedagógico - Charles Dalcanale Tesser
Coordenação Técnica - Ari Ojeda Ocampo Moré, Emiliana Domingues Cunha da Silva,
Fátima Terezinha Pelachini Farias, Melissa Costa Santos
Secretaria Executiva - Leila Cecília Diesel

PRODUÇÃO DO MATERIAL INSTRUCIONAL

FETT EDUCAÇÃO E ENSINO LTDA

EQUIPE DE CONTEUDISTAS

MÓDULO I

Charles Dalcanale Tesser
Marcos Lisboa Neves
Melissa Costa Santos

MÓDULO II

Fátima Terezinha Pelachini Farias
Teresa Cristina Gaio da Silva

MÓDULO III

Charles Dalcanale Tesser
Emiliana Domingues Cunha da Silva
Marcos Lisboa Neves

MÓDULO IV

Ari Ojeda Ocampo Moré
João Eduardo Marten Teixeira
Daniel Fernandes Martins

MÓDULO V

Ronaldo Zonta

EQUIPE DE REVISORES

MÓDULO I

Ana Rita Novaes
Islândia Maria Carvalho de Sousa

MÓDULO II

Leidiane Mazzardo Martins
Marcos Lisboa Neves

MÓDULO III

Li Shih Min
Marilene Cabral do Nascimento

MÓDULO IV

Adair Roberto Soares dos Santos
Leidiane Mazzardo Martins

MÓDULO V

Ari Ojeda Ocampo Moré
Emiliana Domingues Cunha da Silva
Fátima Terezinha Pelachini Farias
Marcos Lisboa Neves
Melissa Costa Santos

Sumário

Palavra do professor	6
Estrutura do módulo.....	8
Ementa do módulo	8
Objetivos do módulo	8
UNIDADE 1	9
Conhecendo o curso.....	9
Por que um curso de Formação em Auriculoterapia?.....	10
Informações gerais do curso	10
Estrutura curricular do curso.....	11
Como ocorrerá o desenvolvimento do conhecimento durante o curso e o como consegurei aplicar a Auriculoterapia na minha prática profissional?	12
Que perfil de competências se espera que você adquira ao final deste curso?	13
UNIDADE 2	14
As Práticas Integrativas e.....	14
Complementares no SUS	14
Mas afinal, o que são as Práticas Integrativas e Complementares?	15
As Práticas Integrativas e Complementares no SUS.....	15
O que significou termos uma Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?.....	16
Pois bem, no intuito de inserir as PIC no SUS, quais as possibilidades e como fazer?.....	20
Modelos de inserção das PIC no SUS	20
Qual o modelo recomendado? Existe um modelo ideal?	23
Por que priorizar a inserção das PIC na atenção básica?	24
As práticas integrativas e complementares na Atenção Básica.....	24
Roteiro para implantação das PIC	26
Cogestão e educação permanente em saúde.....	33
Para saber mais sobre a unidade 2	35

UNIDADE 3	36
Introdução à Auriculoterapia	36
Introdução	37
História.....	37
Fundamentos.....	38
Referências bibliográficas	41

Palavra do professor

Caro aluno

Seja muito bem-vindo à **Formação em auriculoterapia para os profissionais de saúde da Atenção Básica!**

Se você está aqui, é porque certamente acredita que é possível agregar conhecimentos para ampliar o seu arsenal terapêutico e potencializar a resolubilidade de sua prática na Atenção Básica.

Tenha certeza que este curso irá proporcionar as ferramentas necessárias que, se trabalhadas conforme orientações de cada módulo, lhe possibilitarão ter um olhar mais amplo e integrativo sobre o processo saúde-doença, bem como desenvolver competência para a aplicação de uma técnica simples, de baixo risco, mínima iatrogenia e significativa eficácia no seu cotidiano profissional.

O módulo I está dividido em três unidades. Na primeira unidade, você irá conhecer o curso, desde informações gerais sobre o seu funcionamento e estrutura organizacional, até questões específicas da estrutura curricular e a lógica de desenvolvimento das competências no decorrer do processo de aprendizagem.

Na segunda unidade, você aprenderá sobre as práticas integrativas e complementares, sua inserção no SUS, possibilidades de aplicação e integração no sistema público de saúde, iniciando, pouco a pouco, a articulação com os conhecimentos e potencialidades de uso da auriculoterapia na Atenção Básica.

Por fim, na terceira unidade, você será introduzido aos conhecimentos básicos da auriculoterapia para, posteriormente, aprofundar-se neste conhecimento nos módulos seguintes.

Estrutura do módulo

UNIDADE 1 CONHECENDO O CURSO

- Informações Gerais do Curso
- Estrutura Organizacional do Curso
- Estrutura Curricular do Curso

UNIDADE 2 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

- As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Saúde Pública
- Modelos de inserção das PIC no SUS
- As PIC na Atenção Básica
- Roteiro para Implantação das PIC
- Cogestão e Educação Permanente em Saúde

UNIDADE 3 INTRODUÇÃO À AURICULOTERAPIA

- Introdução ao estudo da Auriculoterapia
- História da Auriculoterapia
- Fundamentos da Auriculoterapia

Ementa do módulo

Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares. Implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS e na Atenção Básica. Modelos e Possibilidades de Implantação das PIC. Roteiro de Implantação. Cogestão e Educação Permanente em Saúde Relacionada às PIC. Conceito de auriculoterapia. Aspectos Históricos. Fundamentos de auriculoterapia.

Objetivos do módulo

- Apresentar a estrutura organizacional e curricular da Formação Básica em auriculoterapia para profissionais da Atenção Básica;
- Compreender a inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS e suas potencialidades na Atenção Básica;
- Conhecer os modelos e possibilidades de implantação das Práticas Integrativas e Complementares;
- Aprender um roteiro de implantação municipal das Práticas Integrativas e Complementares;
- Promover a reflexão sobre a importância da cogestão e educação permanente em saúde no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares
- Conhecer os fundamentos e o histórico da auriculoterapia;

UNIDADE 1

Conhecendo o curso

- Informações Gerais do Curso
- Estrutura Curricular do Curso

Por que um curso de Formação em Auriculoterapia?

Você deve estar se perguntando por que o Ministério da Saúde decidiu realizar um curso de Formação em auriculoterapia na Atenção Básica. A ideia surgiu a partir de experiências municipais de sucesso, aliadas a uma técnica de simples aprendizagem e de amplo espectro de aplicabilidade na Atenção Básica. Durante o desenvolvimento do curso, temos certeza que você também irá concordar que foi uma atitude acertada investir na expansão da prática de auriculoterapia no Brasil, dados os diversos benefícios e as amplas potencialidades terapêuticas da auriculoterapia.

A seguir, passaremos algumas informações importantes sobre o curso, para auxiliá-lo a ter uma visão sistêmica do que será desenvolvido ao longo deste processo de aprendizagem.

Informações gerais do curso

Objetivo geral do curso

- Capacitar profissionais de nível superior da Atenção Básica, de municípios selecionados, em auriculoterapia, por meio de ensino semi-presencial.

Objetivos específicos

- Promover o ensino e capacitação de profissionais de equipes da Atenção Básica em auriculoterapia, atendendo a necessidade de ampliar o acesso aos usuários do SUS, em conformidade com as diretrizes das Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares, de Atenção Básica e de Educação Permanente em Saúde;
- Contextualizar e qualificar o uso de auriculoterapia, através da introdução aos princípios da racionalidade médica chinesa tradicional, promovendo a ampliação da abordagem clínica-terapêutica dos profissionais;
- Fomentar a constituição e o protagonismo de grupos de profissionais capacitados em PICs de municípios selecionados.

Público-alvo

- Profissionais de saúde, de nível superior, atuantes na Atenção Básica, de municípios pré-selecionados.

Funcionamento do curso

- O curso será ofertado pela modalidade de ensino semi-presencial, com componente de “educação a distância – EaD”, com total de 1000 vagas por edição;
- O curso “Formação em Auriculoterapia na Atenção Básica” está dividido em duas etapas:
 - **Etapa a Distância:** Carga horária de 75 horas, distribuídas em Cinco Módulos. Prevê uma carga horária de 15 horas-atividade por semana, com atividades teóricas e teórico-práticas, finalizando esta etapa ao final de cinco semanas. O formato desta etapa do curso é autoinstrucional. A Etapa a Distância é pré-requisito para a Etapa Presencial;
 - **Etapa Presencial:** Carga horária de 05 horas. Para realizar a etapa presencial você deve ter completado com sucesso (e aprovação nos exercícios finais de cada módulo) todos os módulos a distância. A etapa presencial é fundamental para sua capacitação inicial em auriculoterapia, pois apenas o estudo autoinstrucional (realizado por você mesmo) nos módulos a distância não proporciona competência para a prática terapêutica com auriculoterapia. Apenas aqueles que participarem com sucesso tanto da etapa a distância como da presencial estarão capacitados para iniciar a prática da auriculoterapia e somente esses serão certificados pelo curso.

Estrutura curricular do curso

Etapa a distância

MÓDULO I - Introdução à Formação em Auriculoterapia (15 horas)

- Unidade 1 - Conhecendo o Curso
- Unidade 2 - Práticas Integrativas e Complementares no SUS
- Unidade 3 - Introdução à Auriculoterapia

MÓDULO II - Auriculoterapia segundo a Reflexologia (15 horas)

- Unidade 1 - Zonas e pontos reflexos
- Unidade 2 - Métodos de Avaliação
- Unidade 3 - Métodos de Tratamento

MÓDULO III - Auriculoterapia segundo a medicina tradicional chinesa (15 horas)

- Unidade 1 - Racionalidades Médicas
- Unidade 2 - Auriculoterapia segundo fundamentos da MTC

MÓDULO IV - Auriculoterapia segundo a biomedicina (15 horas)

- Unidade 1 - Neurofisiologia
- Unidade 2 - Evidências biomédicas e efeitos adversos
- Unidade 3 - Sinais de Alarme

MÓDULO V - Uso da auriculoterapia na atenção básica (15 horas)

- Unidade 1 - Atenção Básica e Auriculoterapia
- Unidade 2 - Usos da Auriculoterapia na rotina de atendimento da Atenção Básica
- Unidade 3 - Educação Permanente e Auriculoterapia na Atenção Básica

Etapa presencial

Módulo presencial (05 horas)

- Polos Regionais
- Preceptoria
- Estritamente prático

Como ocorrerá o desenvolvimento do conhecimento durante o curso e o como conseguirei aplicar a Auriculoterapia na minha prática profissional?

O curso foi construído para que o aluno adquira os conhecimentos de auriculoterapia gradualmente e, assim, ao final, seja capaz de aplicar a auriculoterapia em sua prática profissional com propriedade e segurança.

Iniciaremos o curso com a introdução de conhecimentos básicos em relação às PIC e ao tema, contextualizando o desenvolvimento das PIC na Saúde Pública e na Atenção Básica, sensibilizando o aluno sobre a implantação das PIC e as potencialidades de uso. Os módulos 2, 3 e 4 irão abordar a auriculoterapia sob a ótica da reflexologia, medicina tradicional chinesa e neurociências, respectivamente. O objetivo é que, ao final, no módulo 5, o aluno seja capaz de integrar as três abordagens de conhecimento, para construir um plano terapêutico relacionado a uma situação específica.

Na sua prática da Atenção Básica, você poderá ter um caso de um paciente idoso que sofre com dores lombares. Durante o curso, você irá aprender que a auriculoterapia é uma excelente ferramenta terapêutica para o tratamento de dores em geral, além de aprender a selecionar os pontos auriculares para cada caso.



Assim, para este caso imaginado, pela lógica da Reflexologia, a ser vista no módulo 2, você irá selecionar o uso de pontos auriculares relacionados à região lombar; no módulo 3, a partir da medicina tradicional chinesa, você saberá que a seleção do ponto Rim poderá ser benéfica; e, finalmente, com base na neurociência, sua terapêutica poderá ser potencializada com a escolha de pontos da região do nervo vago, que promoverá efeitos analgésico e anti-inflamatório.

Portanto, seu raciocínio clínico-terapêutico poderá integrar o conhecimento das três abordagens da auriculoterapia, para selecionar os pontos auriculares adequados e estabelecer o plano terapêutico desse usuário.

Que perfil de competências se espera que você adquira ao final deste curso?

Desejamos que ao final do curso o você seja capaz de:

1. Articular, junto a gestão local, a implantação das PIC e conformação de CPIC, tendo em vista a promoção de acesso e expansão da oferta de PICs no SUS; Promover a inserção das PIC no SUS de forma participativa, considerando a multidisciplinaridade; Contribuir, de forma proativa, para a expansão sustentável das PIC no SUS.

2. Atuar em equipe, de forma cooperativa, interdisciplinar e ética, interagindo com a cultura da comunidade na qual está inserido e de forma articulado com os outros profissionais que atuam no sistema de saúde, bem como nas outras políticas públicas locais; Compreender o indivíduo, como sujeito do processo de promoção e cuidado permanente de sua saúde, visualizandi-o como agente co-responsável pelo processo de equilíbrio entre saúde e doença.

3. Conhecer os princípios da Medicina Tradicional Chinesa, especialmente da auriculoterapia, e agregar estes conhecimentos, de forma integrada e complementar, à biomedicina.

4. Incluir a auriculoterapia como terapia complementar nos atendimentos individuais, atendimentos em grupos, acolhimento e autocuidado da equipe; Discutir com a equipe e planejar a inserção da auriculoterapia na prática de sua unidade de saúde.

UNIDADE 2

As Práticas Integrativas e Complementares no SUS

- As Práticas Integrativas e Complementares na Saúde Pública
- Modelos de inserção das PIC no SUS
- As PIC na Atenção Básica
- Roteiro para implantação das PIC
- Cogestão e Educação Permanente em Saúde



Mas afinal, o que são as Práticas Integrativas e Complementares?

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é a designação que o Ministério da Saúde (MS) deu ao que se tem chamado na literatura científica internacional de Medicinas Alternativas e Complementares (em inglês: Complementary and Alternative Medicine). Refere-se a um conjunto heterogêneo de práticas, produtos e saberes, agrupados pela característica comum de não pertencerem ao escopo dos saberes/práticas consagrados na medicina convencional¹. Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a designar esse conjunto de Medicina Tradicional e Complementar, cuja sigla MTC², por fazer confusão com a abreviatura de Medicina Tradicional Chinesa, não usaremos neste curso.

Não há consenso a respeito da nomenclatura adequada para denominar estas práticas, tendo em vista as diferentes realidades nos países onde são desenvolvidas³. Segundo o National Center of Complementary and Alternative Medicine⁴, estas práticas podem ser chamadas de “complementares”, quando utilizadas em associação à biomedicina; “alternativas”, quando empregadas em substituição à prática biomédica; e, por fim, “integrativas”, quando são usadas conjuntamente à biomedicina, considerando que há evidências científicas de segurança e efetividade.

BIOMEDICINA: Termo cunhado inicialmente pela antropologia, para designar a “medicina ocidental contemporânea”, “medicina científica” ou “medicina alopática”, no intuito de destacar sua posição dominante e estabelecida no mundo atual e seus princípios epistemológicos, baseados no paradigma positivista e nos fundamentos biológicos das doenças⁵. Usado hoje em várias áreas e disciplinas.

O desenvolvimento das PIC nos Sistemas de Saúde públicos universais é favorável e seu crescimento é incontestável nas últimas décadas. Desde a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, a OMS recomenda a seus países membros a inclusão das PIC nos Sistemas Públicos de Saúde.

No mundo, há uma crescente procura das populações dos países de alta renda pelas PIC, além de um extenso e intenso uso das mesmas nos países pobres. Os motivos desse crescente interesse vão desde os efeitos colaterais comuns e frustrações com a biomedicina, até qualidades positivas das PIC, como melhor relação terapeuta-usuário e maior estímulo à autocura dos doentes. Você verá mais detalhes sobre a procura das PIC na Unidade 1 do Módulo 3.

No Brasil, já existia registro de PIC em vários serviços do SUS desde a década de 1980. Nessa e na década seguinte, tais experiências continuaram a crescer e a se diversificar⁶. Na década de 1990, houve aumento do interesse acadêmico pelo tema, tendo se destacado o Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq),

liderados por Madel Luz, que enfocou o as PIC em sua multiplicidade de saberes e práticas e em sua diversidade cultural e epistemológica (a que retornaremos no Módulo 3). As experiências nos serviços do SUS intensificaram-se, particularmente, após a edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pelo Ministério da Saúde em 2006⁷ (Figura 1).

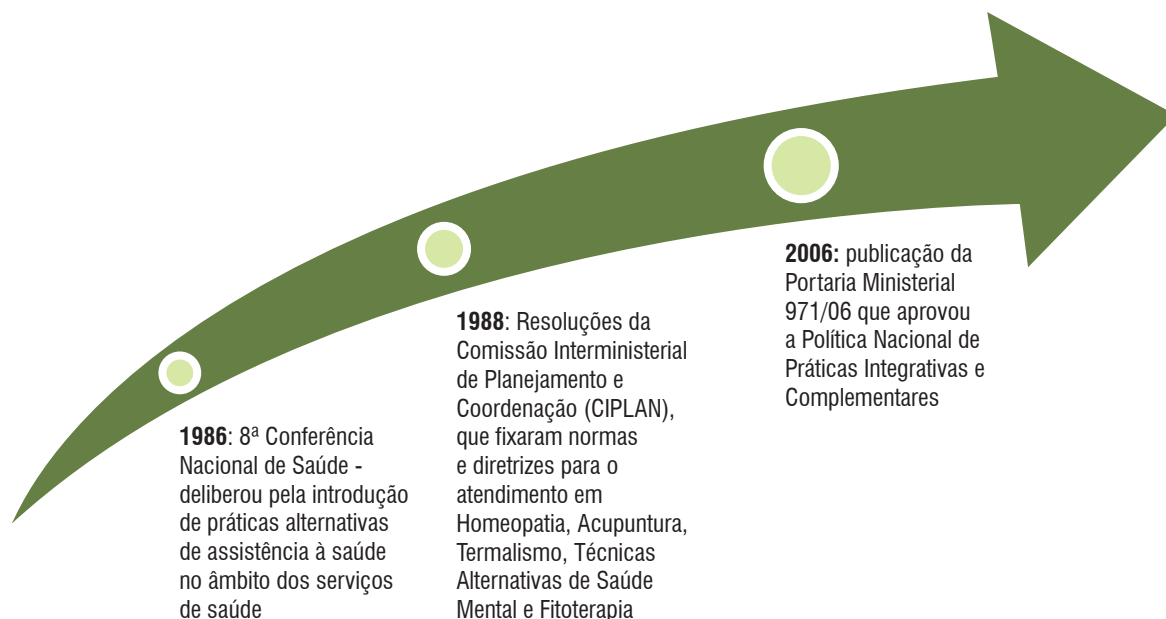
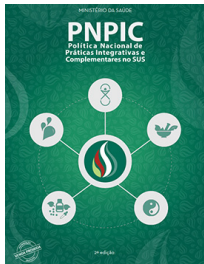



Figura 1: Evolução Histórica da institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde



Saiba mais sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e faça o download do arquivo clicando [aqui](#):



O que significou termos uma Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?

A PNPIC legitimou expressamente as práticas da fitoterapia, da homeopatia, da medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica e do termalismo social, mas também significou um impulso no reconhecimento e crescimento de todas as demais PIC no SUS. Além disso, é uma política que surgiu em conformidade com outras políticas públicas de saúde brasileiras, sendo, portanto, uma “política de inclusão terapêutica” aberta a outros saberes, o que pode favorecer a complementaridade e ampliar a variedade de opções para os cuidados em saúde⁸.

A inclusão das PIC no SUS é apropriada aos diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase na inserção na Atenção Básica, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, propiciando um cuidado continuado, humanizado e integral.

Você, que trabalha na porta de entrada do Sistema de Saúde, envolvido nas questões de saúde e sociais, certamente sente que as estratégias disponibilizadas pela biomedicina muitas vezes são insuficientes para lidar com os processos de adoecimento diários. Provavelmente esta necessidade tenha impulsionado, cada vez mais, vários profissionais da Atenção Básica no país a optar pelo aprendizado e exercício de alguma PIC.

Os gráficos abaixo mostram a evolução crescente das PIC nos serviços de saúde pelas regiões brasileiras e a distribuição da sua oferta nos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). De forma similar ao que ocorria em 2004, quando houve a primeira pesquisa do MS⁷, 78% das PIC estão na Atenção Básica, 18% delas na Atenção Especializada e 4% em hospitais. As PIC exercidas pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família não estão contabilizadas como serviços especializados, e sim como atenção básica, e mais de 20% delas as praticam. Dos dados preliminares do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), foi visto que praticamente 19% das 29.770 equipes visitadas praticavam alguma PIC.

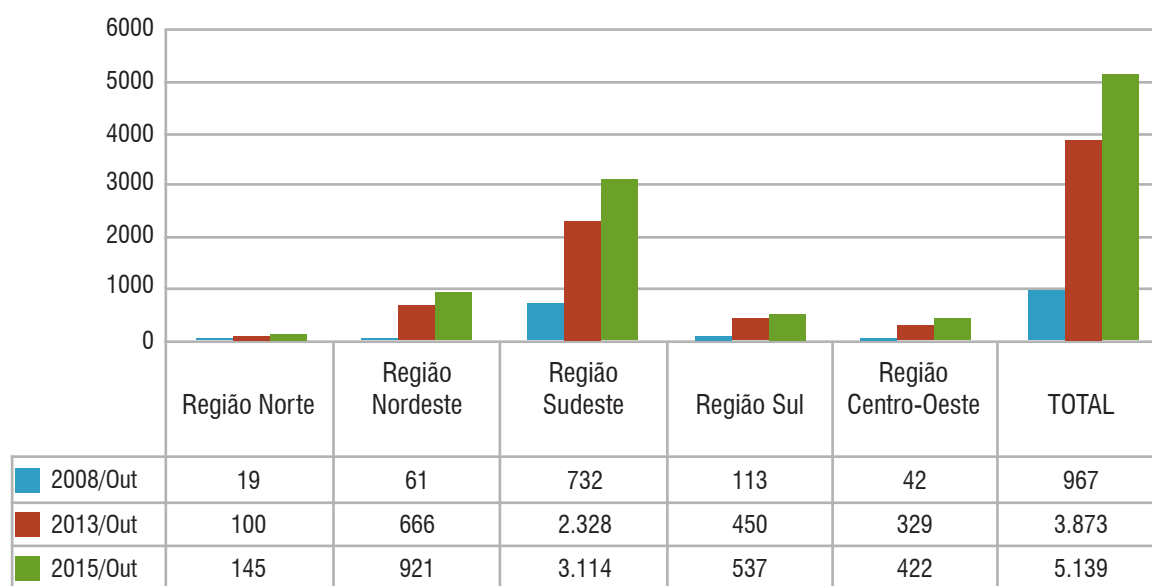


Gráfico 1 - Evolução do número de estabelecimentos que ofertam PIC por região do Brasil 2008-2015.
Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

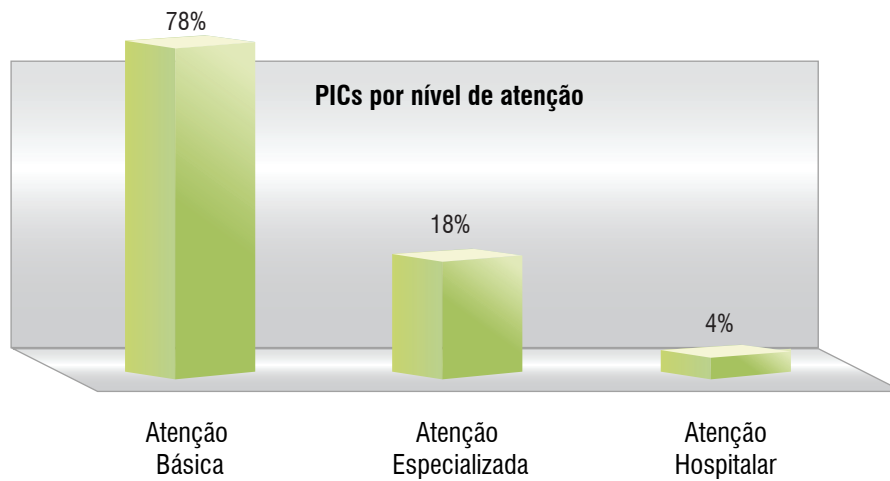


Gráfico 2 - PICs por nível de atenção.
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2015.

Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB

1º Ciclo:
17.203 equipes entrevistadas, 3.209 realizavam PICs.

2º Ciclo*:
29.770 equipes entrevistadas, 5.654 realizavam PICs;
1.764 equipes NASF entrevistadas, 393 realizavam PICs.

* Dados preliminares

Gráfico 3 - Número de equipes de NASF que realizam PICs.
Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

O progressivo espaço social adquirido pelas PIC parece ter surgido juntamente com uma crise de atenção à saúde (figura 2). Esta crise reflete o fato de que a civilização ocidental contemporânea gasta mais tempo e recursos focados quase que exclusivamente na doença, e não no doente, e, assim, o indivíduo e suas aflições vão para segundo plano.

Este processo mercantilizado se reflete na saúde, no qual profissionais são pressionados a produzir e usuários a consumir procedimentos. Assim, ficam destacadas as normas e os procedimentos, a uniformização das condutas e o esclarecimento parcial dos problemas de saúde, em termos de doenças. Nesta situação, há uma tendência de se dar mais importância a consumir procedimentos do que desenvolver relações de cuidado.

Estes aspectos, relacionados à crise de atenção à saúde, formam um cenário propício à busca por formas de cuidado com abordagens diversas da biomedicina, tornando-se compreensível a procura de práticas terapêuticas mais humanizadas e com uma compreensão mais integrada de saúde e doença, tal como em muitas PIC.

Atualmente, pode-se dizer que a biomedicina convive com outras formas de cuidado, caminhando no sentido da humanização das práticas clínicas e da inclusão de outras abordagens diagnóstico-terapêuticas, considerando os diferentes sistemas e modalidades médicas, crenças e itinerários de saúde⁸.

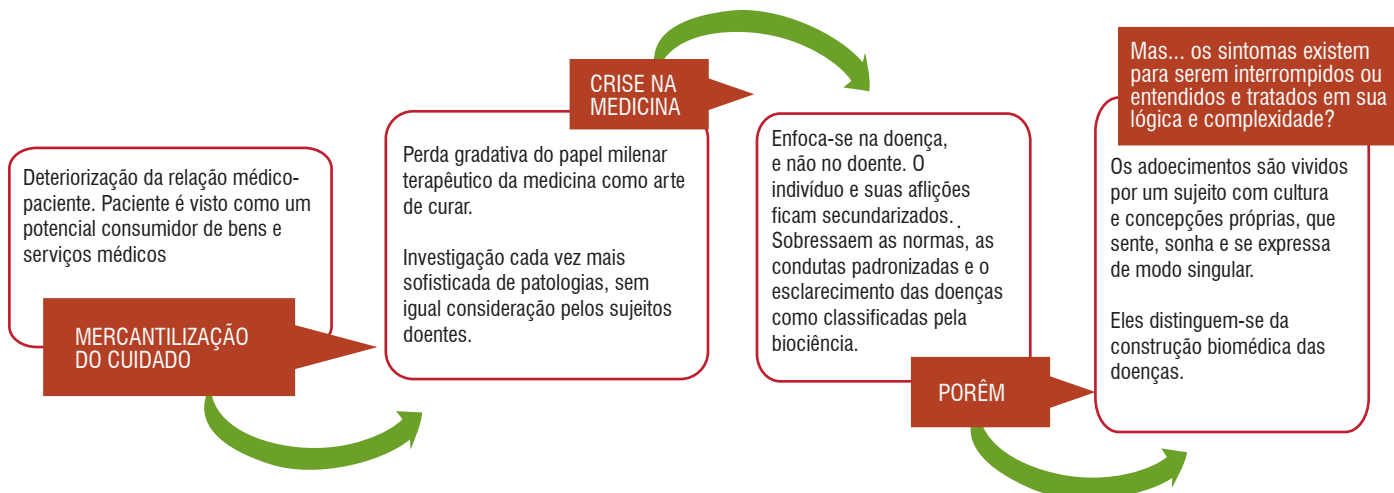


Figura 2: A crise da atenção à saúde

Esse contexto facilita e estimula a inserção das PIC nos sistemas públicos de saúde universais, considerando o pluralismo em cuidados de saúde, na perspectiva de integrar nos serviços do SUS abordagens que ampliam as possibilidades diagnóstico-terapêuticas, como uma possível resposta aos limites e lacunas da biomedicina.

Portanto, apesar de haver alguns obstáculos e dificuldades na institucionalização das PIC, tais como críticas, oposições e contestação da legitimidade das mesmas, percebe-se um movimento favorável, com aceitação significativa por usuários e profissionais, inclusive com arcabouço legal, justificando a inserção destas práticas no SUS. O processo de formulação da PNPIC e sua aprovação promoveram uma sensibilização sobre o tema e instituíram demandas e ações para incremento do acesso às PIC com qualidade, segurança e eficácia no SUS⁹.

Ainda que avanços tenham sido obtidos, a expansão destas práticas constitui-se num processo a ser construído e avaliado continuamente¹⁰, com envolvimento de diversos atores sociais, institucionais e profissionais. Apesar das dificuldades, a inclusão das PIC no SUS pode ser considerada uma estratégia para o desenvolvimento da universalidade, equidade e integralidade, para a construção de um SUS prudente, para um cuidado à saúde decente¹¹.

Modelos de inserção das PIC no SUS

Pois bem, no intuito de inserir as PIC no SUS, quais as possibilidades e como fazer?

Os modos mais comuns de implantação das PIC em municípios brasileiros foram descritos por recente pesquisa, que encontrou quatro tipos básicos de implantação, associados, isolados ou com variações¹². A Figura 3 descreve esses tipos, apresentando uma síntese comparativa dos mesmos, quanto aos seguintes aspectos: acesso, profissionais praticantes, tipo de oferta e potencial de expansão e integração com a Estratégia de Saúde da Família, do ponto de vista da operacionalização institucional.

	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 4
	Atenção básica	Atenção básica profissional exclusivo	Atenção básica profissional matriciador	Atenção especializada
REGULAÇÃO DO ACESSO	Praticante híbrido	Demanda referenciada (acesso livre em alguns locais)	Demanda Referenciada (individual, livre nas ações coletivas)	Demanda Referenciada (ou espontânea em alguns serviços exclusivos de PIC)
PROFISSIONAIS PRATICANTES DA PIC	Profissionais APS/ESF, especialistas ou praticantes (híbridos)	Praticantes exclusivos	Praticantes exclusivos ou não em equipes de apoio	Praticantes exclusivos (praticantes exclusivos em serviços especializados)
PRÁTICAS OFERECIDAS	As praticadas pelos profissionais e outras que a gestão define e capacita	Definidos pela gestão (aloca praticante de PIC na ESF/APS)	Definidos pela gestão (ou praticadas por profissional do NASF)	Definidos pela gestão (contrata especificamente praticantes)
PERFIL DE DEMANDA	Igual a APS	Semelhante a APS ou referenciado (conforme critérios locais)	Referenciado (ou nos grupos abertos, semelhante a APS)	Referenciado (exceção para serviços exclusivos de PICs)
POTENCIAL DE EXPANSÃO NO SUS	Grande (via educação permanente)	Pequeno (pouco sustentável, demanda corpo paralelo de profissionais de PIC na APS)	Grande (para ações coletivas e atenção especializada individual em PIC, com matriciamento)	Pequeno (pequeno acesso, só casos graves e crônicos)
INTEGRAÇÃO COM ESF	Integrada (PIC integrada ao fluxo do cuidador)	Justaposta (PIC paralela ao fluxo do cuidador)	Matriciada (PIC como referência para cuidado individual + matriciamento + grupos)	Nenhuma (PIC é referência na atenção especializada)

FIGURA 3: Descrição dos Modelos de inserção das PICs no SUS
Fonte: adaptado de Sousa e Tesser (2015).

Em três desses tipos, as PIC são praticadas nos serviços da Atenção Básica (AB), mas a diferença é significativa quanto a quem pratica, como é o acesso e como é o perfil da demanda, bem como nas consequências institucionais, operacionais e financeiras para a gestão municipal, além das possibilidades de expansão. No quarto tipo, elas são praticadas em serviços especializados, ou em hospitais.

A seguir, apresentaremos mais detalhadamente cada um dos quatro tipos:

TIPO 1

Atenção básica

PIC inseridas na Atenção Básica, praticadas pelos seus próprios profissionais, que também exercem o cuidado biomédico (são híbridos)

- São praticadas pelos profissionais da Saúde da Família (SF) com formação própria prévia (às vezes especialização, quando esta existe) ou após formação em serviço proporcionada pela gestão.
- Estes profissionais fazem uma prática híbrida, operando tanto o cuidado biomédico, como das PIC.
- Esta forma é muito boa, por introduzir as PIC de forma integrada ao cuidado biomédico e à rotina da AB, de modo que os profissionais-usuários podem decidir se vão usar a biomedicina, uma PIC, associar as duas ou usar uma PIC antes da biomedicina, que ficaria para o caso de uma piora ou falha no uso da PIC, como alguns fazem¹³.
- O acesso às PIC é igual ao acesso ao cuidado biomédico, e o perfil da demanda é também igual ao da AB.
- Para sua expansão, esse tipo depende da educação em serviço em PIC para os profissionais.
- As atividades educativas tendem a ter carga horária reduzida, e a competência resultante, portanto, pode ficar relativamente superficial. Porém, essa formação, ainda que introdutória, permite o início da prática e estimula os profissionais na busca de mais conhecimento. Este curso que você iniciou, de certo modo, está neste tipo de formação, no qual você está recebendo uma introdução à auriculoterapia e, após esta aproximação, poderá aprofundar seus conhecimentos na mesma, ou em outro campo.
- Demanda necessidade de continuidade das atividades educativas, com supervisão e matriciamento e, se possível, estímulo e viabilização de formação mais aprofundada (e mesmo cursos de especialização, se a PIC já dispor deles, como, por exemplo, homeopatia e acupuntura).

TIPO 2

Atenção básica
profissional exclusivo

PIC inseridas na Atenção Básica, praticadas por profissionais exclusivos

- PIC praticadas na AB, por profissionais exclusivos de PIC, que não participam do cuidado geral biomédico.
- Implica em alocar novos profissionais nos serviços (massagistas, acupunturistas, homeopatas, entre outros).
- O acesso costuma ser livre, ou por encaminhamento dos profissionais biomédicos, às vezes com protocolos ou prioridades por tipos de problemas. O profissional que realiza as PIC costuma ser a referência para o serviço na PIC que pratica.
- Nesse caso, o perfil da demanda depende do fluxo de acesso e da existência de prioridades ou protocolos.

TIPO 3

Atenção básica
profissional matriciador

PIC inseridas na Atenção Básica, praticada por profissionais matriciadores

- PIC realizadas por profissionais que fazem matriciamento, incluindo os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ou de equipes de apoio que só matriciam em PIC.
- O acesso, nesses casos, ocorre como na lógica de matriciamento do município.
- Há, frequentemente, enfoque nas discussões de casos e atividades coletivas. Por isso, um ponto forte desse tipo de inserção é a possibilidade de expansão das atividades coletivas com PIC (porque esses matriciadores circulam por várias unidades de saúde), e desses profissionais fazerem educação em serviço em PIC para os generalistas da AB.
- O profissional também pode atuar como referência para casos selecionados pela AB, que serão discutidos e não simplesmente encaminhados para referência.

TIPO 4

Atenção
especializada

PICs inseridas na Atenção Especializada ou Hospitalar, praticadas por profissionais exclusivos ou especialistas

- PIC realizadas por profissionais exclusivos em serviços especializados ou hospitalares, o que existe há muitos anos no Brasil, em várias cidades.
- Estes profissionais funcionam como referência para a PIC, com acesso via encaminhamento, normalmente em ambulatório especializado, ou serviços que só oferecem PIC.

- O acesso é normalmente por encaminhamento, mas, em geral, não há discussão entre o profissional que encaminha e o profissional que recebe.
- Há forte tendência de superlotação desses ambulatorios e formação de longas filas de espera, porque a adesão costuma ser grande e há menos altas do que entradas, até porque aqui o perfil da demanda costuma ser mais grave, com problemas crônicos. Mesmo havendo melhora, os pacientes relutam em aceitar alta, ou mesmo pedem para ser reencaminhados.

Qual o modelo recomendado? Existe um modelo ideal?

Na perspectiva de expansão progressiva e sustentável das PIC no SUS e na Atenção Básica, a associação do tipo 1 com o tipo 3 é a mais indicada. Essa combinação apenas não contempla os hospitais, cuja situação é diversa e não será tratada aqui. Tal combinação substitui com vantagens o quarto tipo, na medida em que aproveita os praticantes de PIC da Atenção Básica, insere novos praticantes via equipes matriciadoras, facilita a geração de educação permanente para a Atenção Básica e fornece uma referência em PIC, cujo acesso e regulação é negociado pessoalmente.

A integração do tipo 1 com o tipo 3 tende a democratizar o acesso dos usuários e o saber-fazer em PIC dos profissionais, sem ter que duplicar ou multiplicar a rede de profissionais da Atenção Básica. Além disso, propicia a integração das PIC com a biomedicina e evita o acesso paralelo exclusivo para as PIC. A integração, o enriquecimento e a pluralização do cuidado geral aos usuários, realizado nos serviços de Atenção Básica, só é possível nessa associação que, simultaneamente, estimula a prática das PIC na Atenção Básica e como referência via equipes matriciadoras, dispensando serviços especializados distantes da Atenção Básica.



Experiências municipais, estaduais e de serviços específicos podem ser acessadas, bem como modelos de normatização municipais e estaduais. Há várias experiências com plantas medicinais, práticas corporais, acupuntura/medicina chinesa e com auriculoterapia. Você pode achar algumas experiências descritas neste número especial da Revista Brasileira Saúde da Família¹⁴, n. 18.

Clique [aqui](#) para fazer o download da revista.



E no seu município, existe alguma experiência em PIC? Reflita agora sobre os tipos descritos e pense como a prática de auriculoterapia na sua Unidade de Saúde estaria inserida no seu contexto.

Pense em discutir com os seus colegas e a gestão municipal sobre as possíveis formas de inserção das PIC. Considerando que você atua na Atenção Básica, seguiremos discutindo neste campo.

Por que priorizar a inserção das PIC na atenção básica?

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares enfatiza a inserção das PIC na Atenção Básica, condizente com dados da literatura internacional, que reconhece a vocação natural das PIC neste âmbito de atenção¹⁵. A prioridade para as PIC na Atenção Básica se deve há vários motivos, além do fato delas já estarem e continuarem crescendo ali: os tipos de problemas presentes são favoráveis a sua ação; são cada vez mais reconhecidas no sentido de estimular os mecanismos de autocura das pessoas¹⁶; várias delas proporcionam abordagens culturalmente aceitáveis¹⁷; há uma boa relação terapeuta-usuário e estímulo à participação do usuário no seu processo de cuidado⁸; além de maior holismo a elas atribuído, com melhor observação e manejo de dimensões psicossociais, espirituais e subjetivas¹⁸.

As PIC na Atenção Básica contribuem para a ampliação da clínica, ao utilizar técnicas que facilitam a participação dos usuários, a flexibilização dos conceitos de saúde e doença e uma maior consideração da subjetividade do sujeito¹⁹. Na prática clínica da Atenção Básica, isso é muito importante, porque um conjunto de sintomas “inexplicáveis” para a Biomedicina, que não se encaixam nas classificações diagnósticas e explicações fisiopatológicas, pode ter, para o modelo explicativo da medicina tradicional chinesa, por exemplo, um diagnóstico óbvio, possibilitando uma conduta eficaz¹⁹.

Embora as PIC sejam múltiplas, algumas tem sido estudadas cientificamente, caso típico da acupuntura, mas também da meditação, e inclusive da auriculoterapia²⁰, entre outras. Alguns estudos mostram seu custo-efetividade em sistemas de saúde²¹ e impacto favorável na Atenção Básica, especialmente das medicinas vitalistas²². Além disso, as populações do mundo e a brasileira costumam ter afinidade com várias PIC, e a sua procura tem crescido de forma contínua e consistente nas últimas décadas.

Os protagonistas da implantação das PIC no SUS tem sido os gestores municipais (e, em alguns poucos casos, estaduais) e os profissionais de saúde, praticantes das PIC^{23,24}. Como não há nenhum mecanismo indutor ou orientador de sua implantação para além da PNPIC, essa situação tem levado a diversos modos ou tipos de inserção das PIC nos municípios, descritos anteriormente, que dependem dos contextos municipais, da sua gestão e dos profissionais envolvidos.

Quanto à auriculoterapia, ela é comumente praticada pelos acupunturistas e outros profissionais atuantes no SUS, uma vez que está associada à medicina tradicional chinesa, com a qual tem afinidades e uma ligação fácil e bem estabelecida, como veremos no decorrer do curso. Na Atenção Básica, a auriculoterapia pode ser usada tanto em atendimentos individuais, como em atendimentos coletivos, e há muitas experiências de ambos os tipos. Como sua prática não é demasiado complexa, um curso com teoria e prática associadas, como este, pode capacitar um profissional de saúde de nível superior para a prática inicial.

O quadro abaixo traz algumas possibilidades de uso da auriculoterapia na Atenção Básica, como forma de ilustrar as potencialidades do uso que você irá aprender ao longo deste curso:

ACOLHIMENTO

- Na chegada do paciente ao serviço, no primeiro contato, muitas vezes há sofrimento, dores, ansiedade ou outros sintomas, que podem ser aliviados com auriculoterapia;
- A auriculoterapia pode ser útil como uma primeira intervenção terapêutica, significando um cuidado inicial, beneficiando o usuário e fortalecendo seu vínculo com a equipe;
- As queixas principais serão consideradas e tratadas, enquanto seguem os encaminhamentos demandados pelo acolhimento. Trata-se, neste caso, principalmente de sintomas ansiosos e dores, mas também algumas outras queixas, como náuseas.

ATENDIMENTO INDIVIDUAL

- A auriculoterapia pode ser usada como tratamento complementar, ou mesmo como tratamento alternativo (principal para alguns problemas), sendo aplicada ao final da consulta pelo mesmo profissional que o atendeu (idealmente) ou, no caso deste não ter a competência, por um colega após atendimento clínico e discussão de caso;
- As situações possíveis são muitas, mas os exemplos mais comuns de problemas tratados em atendimento individual com auriculoterapia são dores agudas e crônicas, insônia, transtornos de ansiedade e outros transtornos emocionais.

ATENDIMENTOS COLETIVOS

- Alguns exemplos:
- Grupo de tratamento do fumante: útil como terapia complementar no controle da ansiedade e compulsão;
- Grupo de gestantes: para controlar sintomas comuns do período gestacional, como: azia, náuseas, insônia e dores nas costas;
- Grupos voltados para dores em geral: no manejo e no tratamento do paciente com dores;
- Grupos de Transtornos Alimentares: útil como terapia complementar no controle da ansiedade e sintomas emocionais, relacionados aos transtornos alimentares; aumento da saciedade e redução da fome em pacientes com indicação de perda de peso.

SAÚDE DO TRABALHADOR

- Existe muita variabilidade entre locais, municípios, equipes, profissões e locais de trabalho na Atenção Básica, mas em quase todos os locais há grande adoecimento dos profissionais de saúde, que, portanto, necessitam de cuidado;
- A auriculoterapia pode ser muito útil tanto no tratamento quanto na prevenção do adoecimento dos profissionais de saúde, bem como na promoção e fortalecimento de sua saúde. Ela é benéfica para o equilíbrio de cada membro da equipe e facilita a integração e harmonização da equipe como um todo.

Cabe destacar que a auriculoterapia possui algumas contraindicações e, portanto, antes de iniciar o tratamento, é necessário observar a presença de sinais de alarme, que necessitarão atenção. Estes cuidados você irá ver mais detalhadamente no módulo 4.

Se você está realizando este curso, sentirá necessidade de aplicar a auriculoterapia no seu cotidiano. Mas, para isso, é importante que você tenha apoio da gestão, no sentido de dar possibilidade para que você e demais profissionais do seu município que, neste momento, estão realizando este curso, efetivamente coloquem em prática a auriculoterapia nos serviços em que trabalham. Como fazer? Como implantar as PIC? Algumas experiências exitosas podem servir de inspiração, como a que descreveremos a seguir.

Roteiro para implantação das PIC

No sentido de facilitar a inserção das PIC nessa modalidade combinada, simultaneamente na Atenção Básica e em equipes matriciadoras, apresentamos a seguir um roteiro metodológico simplificado para a implantação em um município, baseado em Santos e Tesser²⁵.

O roteiro sintetizado na figura 4 foi construído a partir da experiência de Florianópolis (SC), que desde 2010, sistematicamente, vem ampliando as PIC na Atenção Básica, valorizando os profissionais que tem competência e realizavam as PICs no seu cotidiano em parcerias com outros setores de formação do município.

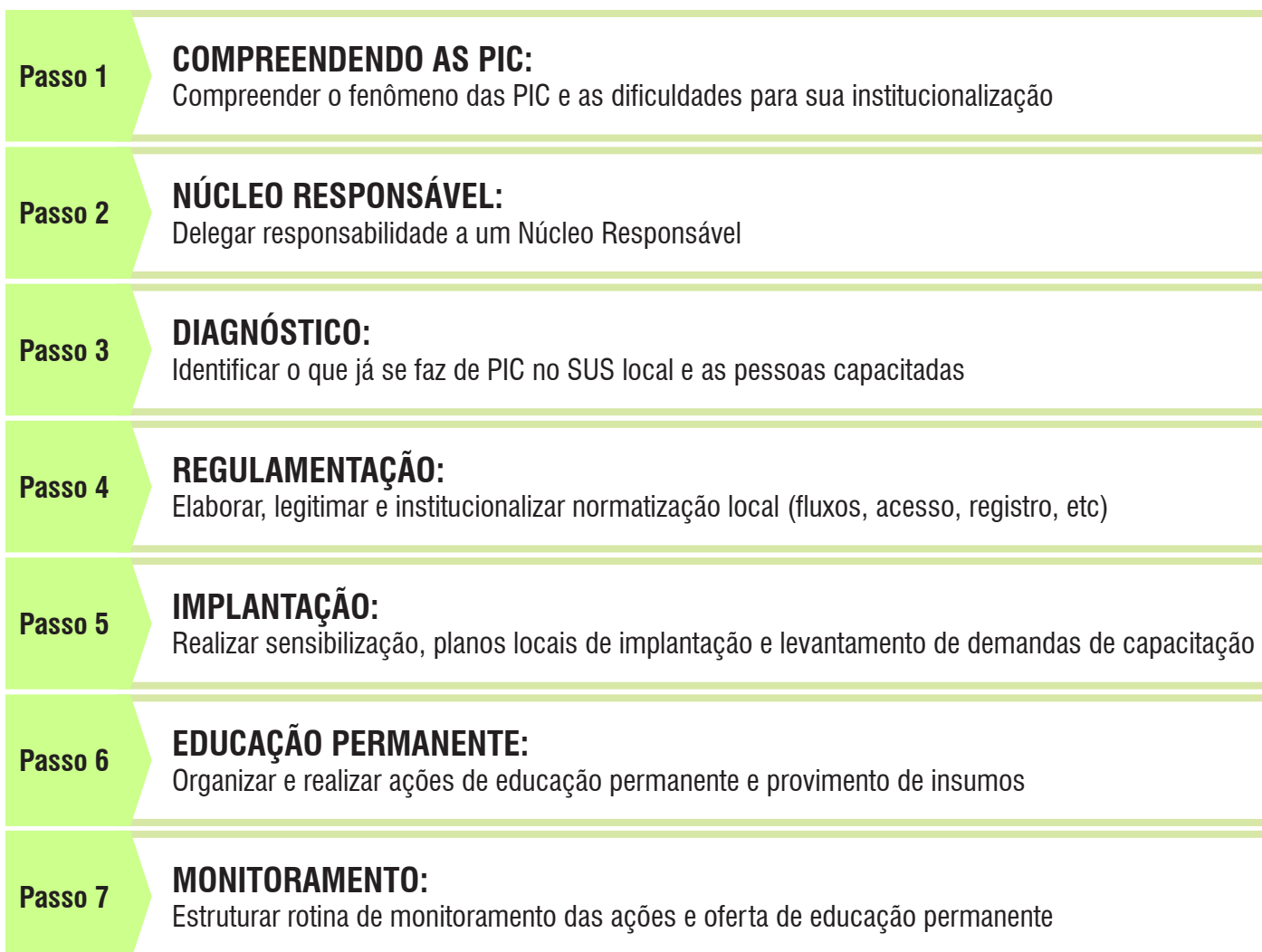


FIGURA 4: Roteiro para Implantação das PIC

Os pressupostos para a construção deste roteiro são:

- Experiências no SUS têm mostrado a ineficácia de tentativas de estabelecer novos programas, serviços e reorganizar processos de trabalho, sem que sejam questionados segmentos além da gestão;

- Muitas vezes um gestor viabiliza a implantação de ações ou serviços, como as PIC, sem construir sustentabilidade cultural, administrativa e política para torná-las imunes às mudanças dos governantes;
- Por isso, é uma preocupação constante o diálogo, a transparência e a negociação entre os envolvidos, enriquecendo a experiência sobre o tema, mobilizando os atores e construindo solidez e sustentabilidade social, institucional e política.

A seguir detalharemos cada um dos passos para melhor entendimento.

Passo 1

COMPREENDENDO AS PIC:

Compreender o fenômeno das PIC e as dificuldades para sua institucionalização

- As PIC são práticas não usualmente utilizadas pelos profissionais de saúde de formação biomédica. Isso gera, ao mesmo tempo, interesse, mas também muita resistência nas instituições de saúde públicas;
- Também existem interesses e conflitos corporativos e pessoais, inclusive com disputas jurídicas sobre isso, como é o caso da acupuntura. A regulamentação é precária, não sendo, muitas delas, profissionalizadas no Brasil. Contudo, isso não impede que muitas delas possam ser praticadas, como já o são. A auriculoterapia pode ser praticada por quaisquer profissionais de saúde;
- É comum que as PIC tenham teorias e filosofias vitalistas, isto é, entendam haver um princípio ou ‘força vital’ nos seres vivos e humanos, que organiza e harmoniza sua saúde e seu poder de autorregulação e autocura. Essa ‘força vital’ não é traduzível nos mecanismos fisiológicos e bioquímicos conhecidos pela biociência, embora alguns estudos explorem essa possibilidade que, no caso da auriculoterapia, serão apresentados mais tarde neste curso;
- Dentro das PIC há uma gama de ações que são autônomas (podem ser realizadas pelas pessoas leigas, usuários) e outra parte que cabe aos profissionais (heterônoma), por exigirem maior grau de especialização e competência (notadamente no caso dos sistemas médicos complexos, que apresentam grande sofisticação e demandam variados graus de especialização, como na medicina tradicional chinesa, ayurvédica e homeopatia). Ambos os tipos de uso (autônomo e heterônomo) das PIC podem e devem estar presentes nos serviços de saúde, tanto para estimular o autocuidado e o uso autônomo, quanto para possibilitar a oferta de um pluralismo terapêutico pelos profissionais;
- As PIC integram técnicas de cuidado e saberes que não são comumente ensinados nos cursos de formação de nível médio e superior e, portanto, não são conhecidas pela maioria dos profissionais de saúde. Assim, os profissionais precisam aprender para poder praticar alguma PIC (seja autônoma, seja heterônoma);

- Todavia, muitos profissionais têm procurado formação adicional por conta própria, e é cada vez maior o número deles que tem alguma competência em PIC. Tais profissionais são parceiros importantes na institucionalização das PIC e merecem apoio da gestão para exercerem suas competências.

Passo 2

NÚCLEO RESPONSÁVEL:

Delegar responsabilidade a um Núcleo Responsável

- Delegar a responsabilidade do processo de implantação das PIC a um núcleo de pessoas responsável. Tal ação evita que a responsabilidade fique sob uma única pessoa: isso personifica e enfraquece a sustentabilidade das ações implantadas;
- O núcleo responsável deverá trabalhar na lógica da Cogestão, em caráter multiprofissional, com um diálogo facilitado com os demais atores envolvidos no processo, facilitando o engajamento;
- Devido ao fato dessas técnicas não estarem consagradas nas formações profissionais, atenção específica deve ser dispensada à sua implantação, por profissionais que as conheçam;
- As principais atribuições do núcleo responsável serão: discutir com os atores (gestores, profissionais de saúde e Conselhos de Saúde) as diretrizes de implantação; definir um plano de ação; construir uma normatização; realizar assessoria técnica, atividades educativas, estudos e pesquisas; articular ações intersetoriais para o desenvolvimento das ações pactuadas localmente, etc;
- É necessário discutir internamente, no município ou no grupo de municípios, e criar uma cultura de convívio e valorização das PIC;
- É importante que o núcleo responsável elabore um plano de ação, com prazos e metas, considerando o estudo da legislação vigente (saiba mais em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpics>), das experiências de outros municípios e a literatura da área;
- O núcleo responsável comandará os passos seguintes: diagnóstico, implantação, regulamentação, educação permanente e monitoramento.

Passo 3

DIAGNÓSTICO:

Identificar o que já se faz de PIC no SUS local e as pessoas capacitadas

- O Diagnóstico é necessário para identificar o que já se faz de PIC no SUS local e quais são as pessoas que já possuem alguma formação;

- É provável que, em cidades não muito pequenas, haja um número de profissionais habilitados em alguma PIC, pois tem-se percebido que os profissionais buscam a formação individual para enriquecimento do seu próprio potencial terapêutico. O núcleo responsável deverá refletir em como legitimar estes profissionais, para que possam exercer o que sabem;
- As pessoas identificadas serão potenciais parceiros para construir a implantação das PIC;
- Quando não houver profissionais formados, sugere-se identificar profissionais interessados no tema, ou buscar parcerias público-privadas para o desenvolvimento da proposta e, ainda, estabelecer consórcios ou buscar apoio entre municípios;
- A partir dos profissionais mapeados, que já possuem algum conhecimento em PIC, promover algumas rodas de discussão para problematizar o exercício das PIC no cotidiano dos serviços: Quais dificuldades e impeditivos para aplicarem a PIC na sua prática profissional? Qual melhor estratégia de organização do trabalho e do fluxo de atendimento? Como formalizar e garantir maior estabilidade das práticas? Como integrar as PIC com as práticas já em desenvolvimento, de forma a não gerar sobrecarga de trabalho e aumento da demanda?;
- Refletir sobre soluções para os problemas que foram levantados;
- Finalizar esta etapa construindo uma Síntese do Diagnóstico em PIC, a qual terá os profissionais mapeados, e algumas diretrizes de ação trazidas pelas rodas de discussão.

Passo 4

REGULAMENTAÇÃO:

Elaborar, legitimar e institucionalizar normatização local (fluxos, acesso, registro, etc)

- Este passo é necessário para elaborar, legitimar e institucionalizar uma normatização municipal (fluxos, acesso, registro, etc);
- A regulamentação é necessária para organizar a oferta e para que o profissional formado se sinta legitimado perante colegas, gestores e a instituição;
- Pode-se criar uma política municipal ou, ainda, um simples ato institucional do gestor (normatização), referenciando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, validando nas instâncias de controle social;
- Tal norma deve prever a continuidade do processo de implantação, que envolverá atividades de educação permanente, podendo envolver a vinculação de profissionais com competência em PIC;
- A regulamentação poderá conter algumas diretrizes definidas no diagnóstico do passo anterior, tais como: fluxos de acesso, estruturação dos serviços, registros de atendimentos, processos educativos, etc;

- É importante definir a prioridade e a modalidade de implantação: os tipos mais comumente vistos nos municípios brasileiros (e não são mutuamente excludentes) foram vistos anteriormente;

- Paralelamente às discussões sobre regulamentação municipal, algumas adequações institucionais são necessárias: Registro no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde); Cadastro de PIC no Ministério da Saúde; Viabilização de Insumos para as Práticas da MTC.

Passo 5

IMPLANTAÇÃO:

Realizar sensibilização, planos locais de implantação e levantamento de demandas de capacitação

- A implantação tem como pilar básico a expansão sustentável das PIC na Atenção Básica, já que somente a regulamentação não garante isso;

- Iniciar a implantação, definindo quais e quantas Unidades de Saúde serão priorizadas;

- Sensibilizar toda a equipe da unidade em que as PIC serão implantadas e elaborar, com a equipe da unidade, um plano local de implantação específico (considerando suas características, peculiaridades, população e território), de forma a favorecer a sustentabilidade das práticas (por ser contextualizado e por ser resultado do pacto do grupo);

- É importante problematizar na realidade cotidiana do trabalho, para haver mobilização dos sujeitos envolvidos para a mudança na prática;

- Pactuar em equipe as ações necessárias a serem implantadas e que nortearão a implantação no serviço (a qualidade na execução de cada ação é preferível à quantidade de ações);

- A dinâmica de elaboração do plano local é livre, mas sugerimos fortemente que seja muito participativa. Para acessar um roteiro guiado e mais detalhes sobre uma estrutura de oficina de sensibilização, leia o tópico Etapa B – pactuação de planos locais de implantação, página 3018, do seguinte artigo: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf> ;

- O propósito do plano local de implantação é mobilizar a equipe na implantação progressiva de ações em PIC e identificar as necessidades de educação permanente, demandadas pelos profissionais. Estas necessidades serão avaliadas e executadas pelo núcleo responsável;

- De forma a facilitar o monitoramento das ações, recomenda-se que um profissional da unidade fique como referência para a execução do plano pactuado e uma pessoa do núcleo responsável fique como tutor, ou apoiador do processo no serviço. Se o município for muito pequeno, a oficina pode ser realizada com todos os profissionais, e o responsável no serviço pode ser a mesma pessoa responsável no município;

- O tutor será o responsável por apoiar a realização das ações pactuadas pela Unidade de Saúde, tendo como atribuições: levar as demandas da equipe ao núcleo responsável (o compilado das demandas dos tutores será as diretrizes de ação do núcleo responsável); auxiliar na educação permanente da equipe; buscar parcerias para o desenvolvimento das ações pactuadas, etc. É importante estabelecer um calendário de visitas e contatos do tutor, como forma de favorecer o vínculo e função de apoio.

Passo 6

EDUCAÇÃO PERMANENTE:

Organizar e realizar ações de educação permanente e provimento de insumos

- Este passo está diretamente relacionado ao anterior, pois a educação permanente será necessária, conforme as ações pactuadas nos planos locais de implantação das Unidades de Saúde;
- Nessa etapa também deve ser observada a necessidade de viabilização dos insumos necessários à realização das PIC;
- Considerando as necessidades de educação permanente trazidas pelos tutores (das diversas Unidades de Saúde que estão em processo de implantação das PIC), o núcleo responsável poderá estabelecer um rol de atividades de educação permanente em saúde, a serem ofertadas aos profissionais dessas unidades;
- A educação permanente poderá ser realizada pelos profissionais mapeados no passo 3 (Diagnóstico) ou, ainda, por meio de parcerias institucionais (outros pontos da rede, instituições de ensino, etc) e/ou parcerias público-privada;
- São as atividades de educação permanente e o progressivo exercício cotidiano que darão sustentabilidade para as PIC.

Passo 7

MONITORAMENTO:

Estruturar rotina de monitoramento das ações e oferta de educação permanente

- Este último passo pode ser considerado transversal aos demais, uma vez que o monitoramento nos indicará o grau de implantação das PIC nas unidades, e a possibilidade de expandir a sua implantação para mais unidades;
- É importante organizar uma rotina de monitoramento das ações e da oferta de educação permanente;

- O processo de implantação é lento, pois implica um trabalho de mudança cultural e abertura das mentalidades da instituição e dos profissionais para novas ideias e visões sobre o processo saúde-doença, para novas formas e técnicas promocionais, curativas e preventivas não convencionais (embora algumas delas já sejam estudadas cientificamente; outras, com séculos de tradição; e outras mais recentes e menos estudadas);
- Há que montar um esquema permanente de monitoramento e educação, associado aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ao órgão de educação dos trabalhadores da própria Secretaria de Saúde, ou a um grupo gestor, como o sugerido inicialmente (núcleo responsável), que fica encarregado permanentemente, no nível municipal, de dar continuidade à expansão e consolidação das PIC na instituição.

Deve-se lembrar que a cultura, as regras e os valores das instituições e dos serviços de saúde são padronizados amplamente em torno de ações de cuidado convencionais ou biomédicos (consagradas nas profissões e na formação), como consultas, grupos, etc. A inserção das PIC, por isso, ocorre em meio a polêmicas, resistências e discussões de várias naturezas. Há, basicamente, quatro tipos de desdobramentos práticos da implantação das PIC por meio da educação permanente em saúde:

- Os profissionais da Atenção Básica capacitados irão praticar suas atividades rotineiras com mais recursos interpretativos e terapêuticos (plantas medicinais, acupuntura, auriculoterapia, homeopatia, etc);
- Os profissionais praticarão alguma PIC (individual ou em atividades coletivas) em turno ou horário específico, a ser negociado com a coordenação local;
- As duas possibilidades anteriores podem ocorrer associadas;
- Haverá demanda para prática especializada de algumas PIC (como acupuntura ou homeopatia), para que se possa aproveitar toda a sua potencialidade. Para tal, se pode e deve viabilizar retaguarda especializada na Atenção Básica, viabilizando que profissionais especialistas pratiquem suas competências em PIC, e estimulando e facilitando a especialização de profissionais interessados, o que pode ser realizado via NASF ou ambulatório especializado que realize matriciamento, com contato personalizado entre especialistas em PIC (homeopatia, acupuntura etc.) e os que lhes encaminham pacientes (a sugestão é haver participação dos especialistas nas capacitações e matriciamento posterior).



Considerando a complexidade de fatores que envolvem a inserção das PIC no SUS discutidos até aqui, é importante finalizarmos esta unidade destacando os aspectos relacionados à cogestão e à educação permanente em saúde (EPS), que devem permear todo o processo de implantação das PIC no SUS.

Desde os anos 1970, observa-se no Brasil um movimento de democratização da gestão dos Serviços Públicos de Saúde. A cogestão, ou gestão compartilhada, democrática e participativa, vem sendo construída em muitas experiências no SUS, porém ainda insuficientes para o desenvolvimento de um sistema de gestão que assegure o cumprimento de seus objetivos primários (produzir saúde) e, ao mesmo tempo, estimule os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal^{26,27}.

A cogestão traz vantagens, como melhoria do grau de envolvimento e de compromisso dos trabalhadores com a instituição, criação de um sistema de informação de educação continuada (espaços formais e informais de troca de saberes), além da melhoria sensível das relações interpessoais²⁶. Portanto, considera-se importante que o processo de implantação das PIC e, conseqüentemente, da auriculoterapia que será aqui aprendida, seja norteado pela cogestão, a fim de superar coletivamente as dificuldades que se apresentarem, definindo estratégias de ação participativa.

Têm-se observado que a participação conjunta de profissionais e gestores no desenvolvimento de ações tem sido tão importante quanto os resultados obtidos, fomentando o protagonismo dos sujeitos, democratizando a gestão e refletindo em mudanças na percepção e comprometimento dos envolvidos.

Vinculadas à cogestão, estão as atividades de EPS, cujo significado difere das tradicionais ações de educação continuada através de cursos e atualizações. A EPS se diferencia da Educação Continuada mais comum, pois esta, em geral, é fragmentada em especialidades e profissões, sustenta-se em verdades supostamente transferíveis a todos os contextos de trabalho (sem necessidade de diálogo ou adaptação), legitima-se, a priori, pela ciência, independente das necessidades dos grupos envolvidos.

Por sua vez, a EPS fundamenta-se na valorização do trabalho como fonte de construção conjunta de conhecimento, contextualiza-se nos processos de trabalho, necessidades e desejos dos envolvidos, por meio do diálogo, e visa transformar o exercício cotidiano do trabalho, por meio da aprendizagem significativa e valorização da articulação com a gestão e o controle social (Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Locais e Colegiados de Gestão, se existirem).

Ações de EPS podem ser viabilizadas em processos educativos em serviço, educação formal de profissionais e, inclusive, educação popular²⁸, sempre contextualizadas e problematizadas na prática cotidiana. A EPS está fundamentada na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo, destacando a sua porosidade à realidade mutável das ações e dos serviços de saúde e a geração de auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação²⁸.

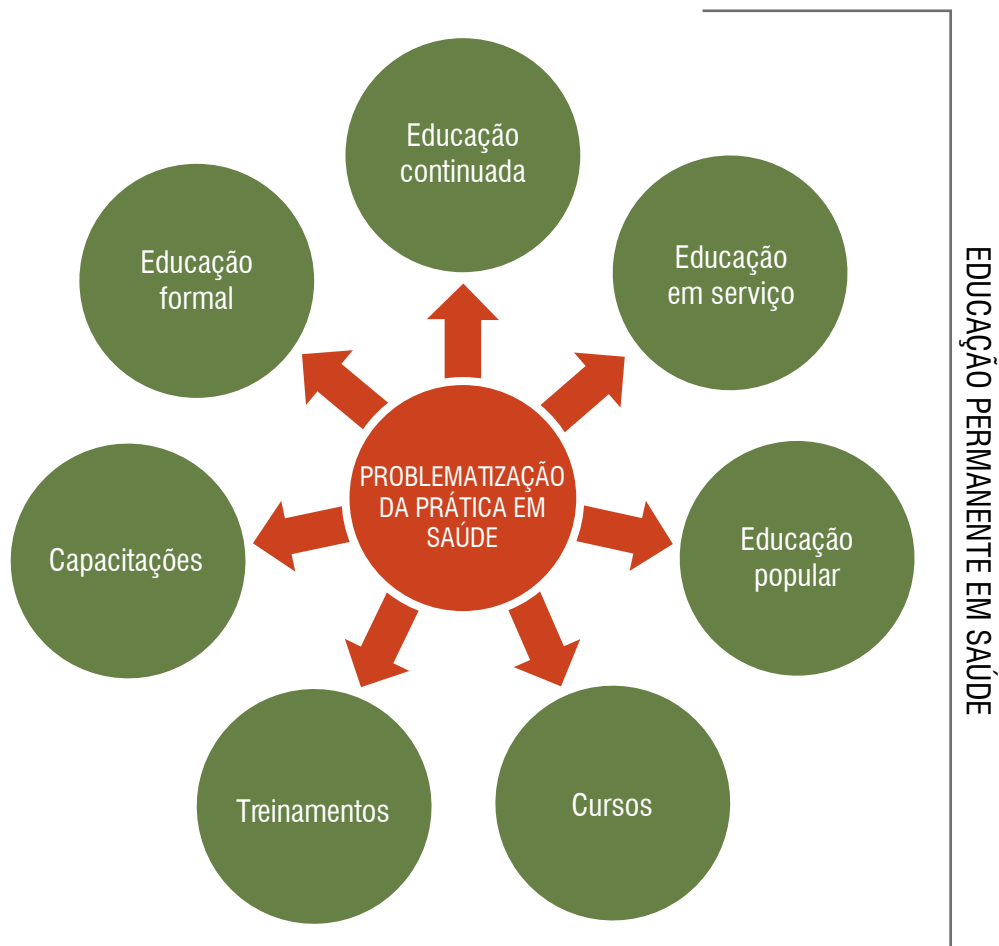


FIGURA 7: Diversas possibilidades de desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, a partir da problematização da prática em saúde

Refletir sobre a EPS relacionada às PIC é necessário, a fim de suprir a deficiência de formação existente na graduação dos profissionais de saúde e que refletem os modelos centrados em saberes e tecnologias biomédicas, dependentes de procedimentos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos²⁹.

Pela lógica da EPS, a formação para a área da saúde deveria estruturar-se na problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações³⁰ e, assim, as PIC naturalmente fariam parte do arsenal diagnóstico-terapêutico dos profissionais.

É importante refletir sobre desenvolver EPS em PIC contextualizada e pensar em utilizar outros espaços institucionais, para além das tradicionais capacitações (que geram o esvaziamento de

profissionais da rede), como reuniões de categoria profissional, reuniões da unidade de saúde, reuniões de equipe, entre outros, já que as capacitações não se mostram tão eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas porque, muitas vezes, trabalham de maneira descontextualizada e se baseiam, principalmente, na transmissão de conhecimentos²⁸.

Justamente por isso, o roteiro anteriormente apresentado reforça que o passo 5 (implantação) deve ocorrer a partir de discussões de toda a equipe, refletindo a realidade de cada unidade de saúde, de cada realidade de trabalho e, portanto, que se construa o plano de implantação baseado nestas constatações locais.

A partir disso, refletindo e problematizando a prática específica de cada equipe, é possível traçar as diretrizes de EPS (passo 6). Estas atividades de EPS farão sentido para os trabalhadores daquela unidade, já que foram construídas coletivamente e baseadas em sua realidade, facilitando uma aprendizagem significativa, que poderá, de fato, enriquecer a prática de cada um.

A implantação discutida e planejada, de forma participativa, e as atividades de EPS facilitam a introdução, permanência e sustentabilidade de novos e adequados cuidados com PIC inseridos no cotidiano, de modo que a inserção das PIC contribua na ampliação da resolubilidade e na qualificação dos serviços, na perspectiva da integralidade da Atenção à Saúde da população, tal como preconiza a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.



Para saber mais sobre a unidade 2

- Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Nov [cited 2015 Sep 30]; 17(11): 3011-3024. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>
- Faqueti A, Tesser CD. Utilização de medicinas alternativas e complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis. 2014. Dissertação. Universidade federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/129053>

UNIDADE 3

Introdução à Auriculoterapia

- Introdução ao estudo da Auriculoterapia
- História da Auriculoterapia
- Fundamentos da Auriculoterapia



Introdução

A auriculoterapia, assim como a acupuntura, pode ser considerada parte integrante da medicina tradicional chinesa, mas também é tida como uma prática autônoma, com fundamentos e metodologias próprias. Trata-se de uma terapia de microssistema, que utiliza o pavilhão auricular para diagnosticar e tratar disfunções de origem orgânica, nervosa ou somática.

O termo microssistema é designado quando uma pequena parte do corpo representa o todo e, a exemplo de outras práticas dentro desse conceito, na orelha estão representadas todas as partes do corpo.

Dentro de sua aplicabilidade, esse recurso terapêutico pode ser usado como complemento a outras terapias, ou de forma isolada, com ampla indicação. Possui grande praticidade, por ser um método rápido de aplicação, possibilitando atender um número maior de usuários em menos tempo e com custo menor.



História

Embora existam evidências da utilização terapêutica da orelha por diversos povos desde a Antiguidade, foi na China que se deu seu maior desenvolvimento, a partir da relação do pavilhão auricular com o resto do corpo. Porém, a sistematização dos pontos, bem como o nome “auriculoterapia”, se deu em tempos mais atuais³¹.

Por volta dos anos 1940, o médico francês Paul Nogier iniciou seus estudos em relação ao uso terapêutico do pavilhão auricular. Através de estudos, que partiram dos pontos de acupuntura situados na orelha, usados nos primeiros mapas chineses, Nogier desenvolveu uma relação mais abrangente da orelha com o resto do corpo. As primeiras experiências de Nogier iniciaram quando o médico, que era homeopata e acupunturista, observou a existência de cicatrizes de cauterização na orelha de alguns pacientes que chegavam ao seu consultório.

Essa prática era conhecida em algumas regiões da Europa e tinha como objetivo tratar a cialgalgia. O fato de existir um ponto na orelha, que tem relação com uma parte distante no corpo, fez com que Nogier buscasse o aparecimento de novos pontos no pavilhão auricular, diante de algum sofrimento em qualquer parte do corpo. Por casuística clínica, o médico francês conseguiu mapear, inicialmente, cerca de 30 pontos auriculares.

Os estudos de Nogier também serviram de base para o desenvolvimento da auriculoterapia na China. Em 1958, a descoberta da Auriculoterapia e o mapa auricular de Nogier foram publicados na Revista de Medicina Tradicional de Shangai. Em uma cultura que é o berço da acupuntura, seu contato com a Auriculoterapia de Nogier impulsionou um grande número de estudos em diversas universidades e hospitais da China.

Conforme as pesquisas eram intensificadas e novas publicações eram feitas, o seu desenvolvimento se acentuou gradativamente, a orelha foi sendo mapeada e utilizada como meio de diagnóstico e tratamento de diversas disfunções³¹.

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a auriculoterapia como terapia de microssistema para promoção e manutenção da saúde no tratamento de diversas enfermidades³². Embora não se tenha total esclarecimento sobre os seus mecanismos, muitos estudos têm sido publicados, a fim de comprovar essa especificidade da orelha e sua importância clínica nas mais diversas situações.

Fundamentos

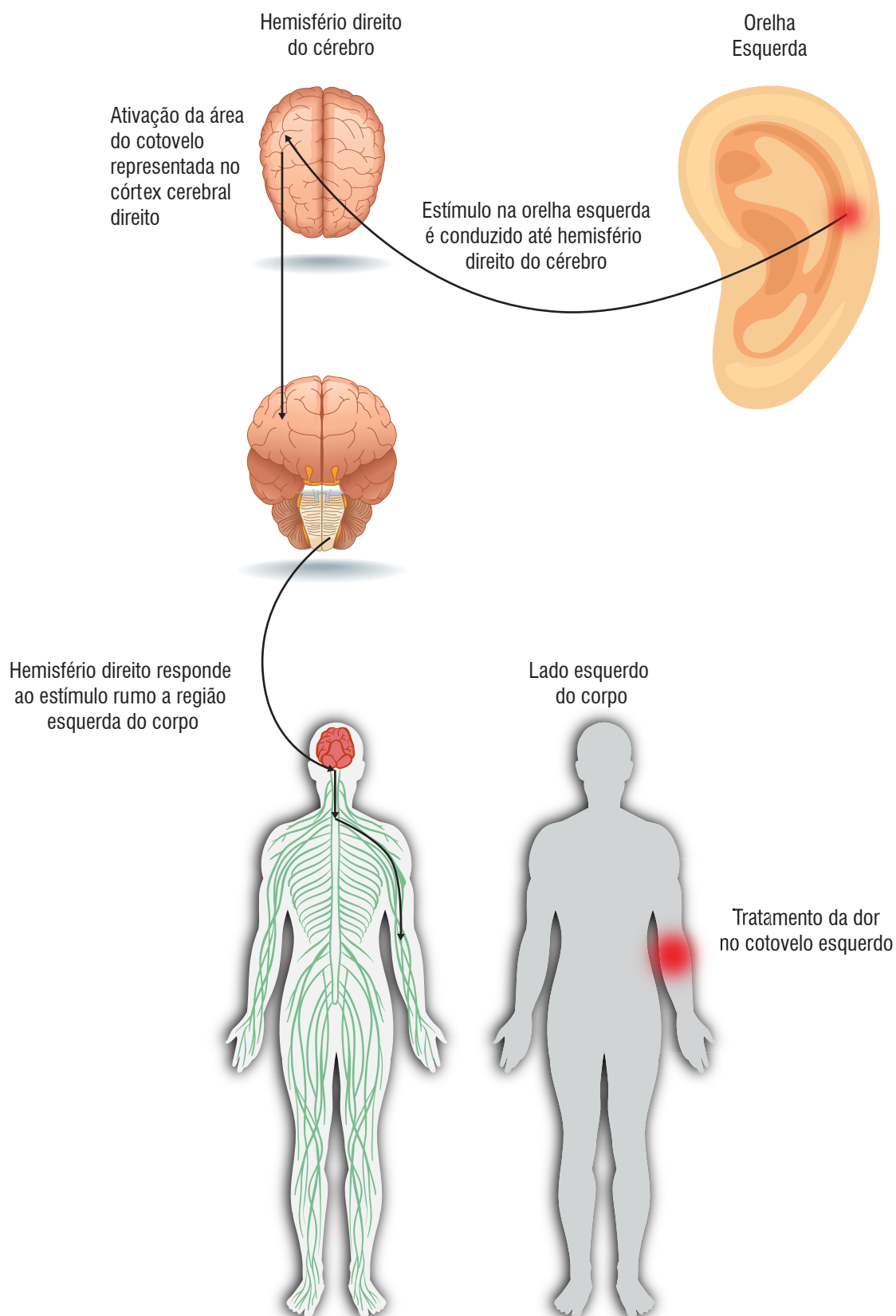
Atualmente existem duas linhas principais de auriculoterapia: uma proposta por Nogier³³, chamada de Auriculoterapia Francesa, que segue noções neurofisiológicas; e outra, chamada de Auriculoterapia Chinesa, que repousa sobre os conceitos filosóficos da Medicina Tradicional Chinesa.

Existem várias publicações que demonstram a efetividade do uso da auriculoterapia na prática clínica. Além disso, diversos estudos experimentais evidenciaram o efeito neurobiológico do estímulo do pavilhão auricular. Este tema será aprofundado no Módulo 4.

Podemos considerar que a grande quantidade de ramificações nervosas, derivadas dos nervos espinhais e cranianos localizados no pavilhão auricular, ligam diferentes áreas auriculares a diversas regiões cerebrais que, por sua vez, se comunicam com distantes partes do corpo.

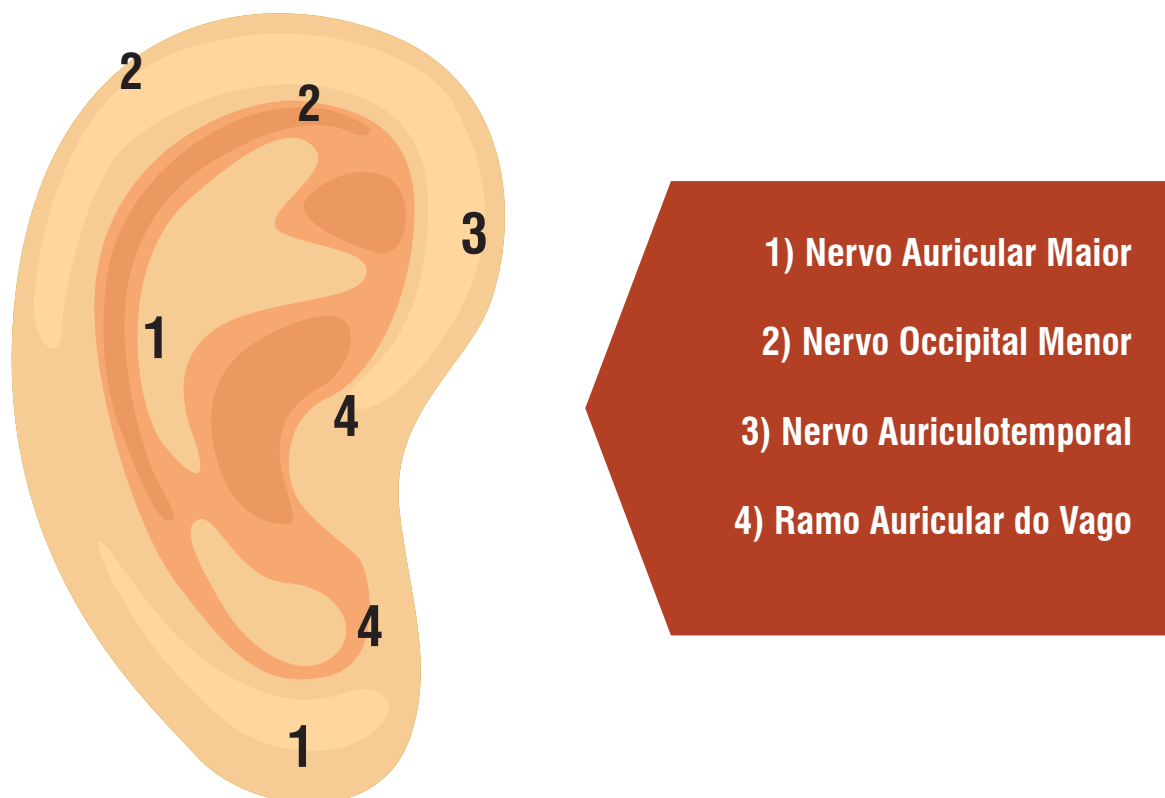
Assim, qualquer alteração em um determinado órgão, ou parte do corpo, poderá ser detectada e tratada pelo pavilhão auricular. Com base na reflexologia desse sistema e, partindo de alguns pontos auriculares traçados pelos chineses, o médico francês Paul Nogier observou e testou em seus estudos as diversas partes do corpo, concluindo que o pavilhão auricular representava um homúnculo muito semelhante ao apresentado por Penfield, representado no córtex cerebral.

A teoria do reflexo homuncular, proposta por Nogier, é baseada na existência de uma coincidência entre as áreas cerebrais e auriculares. A teoria da reflexologia aplicada à auriculoterapia será aprofundada no módulo 2.



A abundante inervação da orelha tem sua origem dividida em nervos espinhais e cranianos. É o único local do corpo que podemos acessar diretamente os nervos de polaridade simpática (NS) e parassimpática (NP).

Os nervos espinhais (NS) são originados do segundo e terceiro plexo cervical, através do nervo auricular maior e nervo occipital menor. Os nervos cranianos (NP) são originados do trigêmeo, como o nervo auriculotemporal e ramos dos nervos: glossofaríngeo, facial e vago.



Para a Medicina Tradicional Chinesa, a Teoria dos Canais de Energia ou Meridianos, que serve de comunicação entre diversas partes do corpo, é o principal fundamento da auriculoterapia. Segundo ela, os doze canais de energia ou meridianos reúnem-se na orelha.

A orelha também é uma das principais zonas, onde as energias Yang e Yin se inter-relacionam. Além disso, o pavilhão auricular guarda estreita relação com os órgãos, principalmente com o rim, com o qual possui semelhança anatômica, órgão este que abriga a essência do corpo.

Quando algum meridiano é obstruído e a circulação do sangue e energia perde seu fluxo, aparecem pontos dolorosos na orelha, como uma reação reflexa do local obstruído. Este tema será aprofundado no módulo 3.



Referências bibliográficas

1. NCCIH. National Center Complementary and Integrative Health. <https://nccih.nih.gov/>
2. WHO. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy, 2014-2023. Geneva: World Health Organization, 2013.
3. NOGALES-GAETE, J. Medicina alternativa y complementaria. Rev Chil Neuro-Psiquiatria, v.4, p.243-25, 2004.
4. NCCAM. National Center of Complementary and Alternative Medicine. What is Complementary and Alternative Medicine? CAM Basics. National Institutes of Health. No. D347. Bethesda; Nov 2010.
5. LANGDON, E.J. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In: Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença (L.S. Jeolão e M. Oliveira, org.). Londrina, Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, 2003. p.91-107.
6. LEVIN J.S; JONAS W.B. (editores) Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole; 2001.
7. 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: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
8. ANDRADE, J.T. Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: EDUFBA: EdUECE, 2006.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2006/2010 – Práticas Integrativas e Complementares no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. – Brasília, 2011.
10. SOUSA, I.M.C.; VIEIRA, A.L.S. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. Ciência e Saúde Coletiva, v.10(sup), p.255-266, 2005.
11. TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. Revista de Saúde Pública. v.42, n.5, p.914-920, 2008.
12. SOUSA, I.M.C.; TESSER, C.D. Medicina Tradicional e Complementar, inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a Atenção Primária à Saúde: estudo de casos no Brasil. Artigo em avaliação em periódico científico.

13. FAQUETI, A.; TESSER, C.D. Utilização de medicinas alternativas e complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis. 2015. Artigo em avaliação na revista Ciência e Saúde Coletiva.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma realidade no SUS. Revista Brasileira Saúde da Família. 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/revista_saude_familia_especial_IX. Acesso em: 27 ago 2015.
15. MCWHINNEY, I.R. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
16. LEVIN JS, JONAS WB, editores. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole, 2001.
17. ASTIN, J.A. Why patients use alternative medicine: results of a national study. Journal of American Medical Association, v.279, n.19, p.1548-53, 1998.
18. DAVIS-FLOYD, R.; ST. JOHN, G. Del médico al sanador. 1ª ed. Buenos Aires: Creavida, 2004.
19. CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec, 2005.
20. ZHAO H, TAN J, WANG T, JIN L. Auricular therapy for chronic pain management in adults: A synthesis of evidence. Complementary Therapies in Clinical Practice, vol.21, p.68-7, 2015.
21. HERMAN, P.M.; POINDEXTER, B.L.; WITT, C.M. et al. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. BMJ Open, v.2, p.1-16, 2012. doi:10.1136/bmjopen-2012-001046.
22. KOOREMAN, P.; BAARS, E.W. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. Eur J Health Econ., v.13, n.6, p.769-76, 2012.
23. SALLES, S.A.C.; SCHRAIBER, L.B. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. Cad. Saúde Pública, v.25, n.1, p.195-202, 2009.
24. QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. Cad. Saúde Pública 2000; 6(2)363-375.
25. SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva, v.17, n.11, p.3011-3024, 2012.
26. CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, 1998.

27. CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e cogestão de coletivos - A constituição do sujeito, produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.
28. CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saude, Educ, v.9, n.16, p.161-168, 2005.
29. FEUERWERKER, L.C.M. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.
30. CECCIM, R.B, FEUERWERKER L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle Social. Physis: Rev Saude Coletiva, v.14, n.1, p.41-64, 2004.
31. GARCIA, E. Auriculoterapia. São Paulo: Editora Roca, 1999.
32. WHO. World Health Organization. Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. France, 1990.
33. NOGIER P: Traité d'auriculothérapie. Moulin-lès-Metz, France: Maisonneuve, 1969