



Daniel Sabino dos Santos Vasconcelos

Medicina Tradicional Chinesa e Integralidade:
a prática de Acupuntura na rede pública de saúde do DF

Brasília
2021

Daniel Sabino dos Santos Vasconcelos

Medicina Tradicional Chinesa e Integralidade:

a prática de Acupuntura na rede pública de saúde do DF

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo FIOCRUZ-Brasília, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof.(a) Dr.(a) Swedenberger do Nascimento Barbosa.

Coorientador: Prof.(a) Dr.(a) Kellen Cristina da Silva Gasque.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde, Acesso e Qualidade na Atenção Básica em Saúde.

Brasília
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V331m

Vasconcelos, Daniel Sabino dos Santos.

Medicina Tradicional Chinesa e Integralidade: a prática de Acupuntura na rede pública de saúde do DF / Daniel Sabino dos Santos Vasconcelos ; orientador Swedenberger do Nascimento Barbosa ; coorientadora Kellen Cristina da Silva Gasque. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

98 p. : il., tabs.

Inclui notas explicativas, bibliográficas e bibliografia.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Acupuntura. 4. Medicina Tradicional Chinesa. 5. Integralidade em Saúde. I. Barbosa, Swedenberger do Nascimento, orient. II. Gasque, Kellen Cristina da Silva, coorient. III. Título.

CDU 610

Daniel Sabino dos Santos Vasconcelos

Medicina Tradicional Chinesa e Integralidade: A Prática de Acupuntura na Rede Pública de Saúde do DF.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família (Saúde Coletiva).

Aprovado em 06/12/2021.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa. Orientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque. Coorientadora - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira - Programa Saúde da Família

Dra. Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo - - Vpeic/Fiocruz Rio de Janeiro

Dr. Armando Martinho Bardou Raggio - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

À Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM).

Ao Batallón 51.

Às construtoras cotidianas do SUS.

“DEVAGAR

Esqueça tudo que possível for
Este é um poema para você
Desprenda-se de tudo que poderia ter sido ou
não
Siga
O caminho só pode ser sentido no peito do pé
que segue o coração
Existem regras
Mas é tudo uma farsa
Veja o que conquistou
A vitória também percebe a ingratidão
Não devore o mundo
Saboreie
Se não puder correr
Caminhe
Passos lentos proporcionam as melhores
vistas
Correndo tudo vira borrão
Não marche!
Se construir é doído
Desconstruir-se
Esmiuçar-se
Desmembrar-se
Desfazer-se também

Tenha paciência consigo
Comigo
Não se desespere
Nada disso existe
O que realmente existe são
árvores, montanhas, úteros, passarinhos,
água, sol, nuvem, crianças e terra
O que não vem desses, vende-se, mas não
existe
Dívidas só existem quando podem ser pagas
por igual
Dívida paga com dinheiro, não é paga com
dinheiro, mas com vida
E dívida paga com vida não tem reembolso
A vida é cara como água
não tem preço
Não se desespere
A correnteza é forte para que os troncos no rio
não a façam parar
A correnteza
você
Eu
Os troncos
troncos
O rio
A vida”

(BASTOS, 2017, p. 16-17)

RESUMO

O presente estudo dedicou-se a mapear profissionais com formação em Acupuntura vinculados ao SUS do DF, ao tempo que se propôs investigar potenciais e desafios da especialidade para o fortalecimento do princípio da integralidade. Desenvolveu-se por meio de aplicação de questionário a médicos e odontólogos com formação em Acupuntura vinculados à SES-DF, em uma perspectiva metodológica da Análise do Discurso. Foram mapeados 32 profissionais de Acupuntura, sendo que apenas 16 (50%) responderam ao questionário. A oferta de Acupuntura/MTC pode contribuir para a revalorização dos sujeitos e colaborar como alternativa à medicalização social e à fragmentação do cuidado. Sua validação hegemônica via biomedicina, entretanto, com presença predominante em policlínicas e hospitais, pode neutralizar esses potenciais. O lócus principal da Acupuntura na SES-DF é a Atenção Secundária e Terciária, sendo o HBDF nossa principal referência. A oferta da prática acontece por iniciativa individual de profissionais capacitados em algumas unidades de saúde da APS, porém de forma bastante irregular e incipiente. O CERPIS é o principal centro de oferta de Acupuntura na APS aqui no DF, devendo servir como modelo para o nosso contexto. Apenas duas unidades de saúde da APS ofertaram Acupuntura de forma regular e constante no período analisado: CERPIS e UBS 6 Cariru Paranoá, que somadas às outras 11 unidades entre policlínicas e hospitais, totalizam 13 unidades de saúde ofertantes, num universo de 215 estabelecimentos de saúde (6,0 %). A recente ampliação de cobertura ESF ocorrida com o “Converte” (Portaria 77/2017) pode constituir oportunidade para a ampliação da oferta de Acupuntura no DF. É fundamental propor ajustes na nossa macro estratégia que nos faça menos dependentes dos concursos públicos para a contratação específica de especialistas na área, com ênfase na Atenção Secundária e Terciária. É possível um melhor aproveitamento do potencial latente observado na rede para a ampliação da oferta, principalmente na APS, via cogestão participativa, matriciamento e educação permanente. São necessários mais esforços para definição e conceituação do termo Integralidade, posto que sua polissemia e ambiguidade podem servir como ferramenta discursiva para manutenção do status quo. Como produto técnico, propusemos a elaboração de um Cartilha/*folder* de divulgação da Acupuntura/MTC para profissionais da APS, como parte de um plano de fomento ao incremento da oferta de Acupuntura na APS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Acupuntura. Medicina Tradicional Chinesa. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The present study was dedicated to mapping professionals with training in Acupuncture linked to the SUS in the DF, while it proposed to investigate potentials and challenges of the specialty to strengthen the integrality principle. It was developed through the application of a questionnaire to physicians and dentists trained in Acupuncture linked to the SES-DF, in a methodological perspective of Discourse Analysis. 32 Acupuncture professionals were mapped, and only 16 (50%) answered the questionnaire. The offer of Acupuncture/MTC can contribute to the reevaluation of subjects and collaborate as an alternative to social medicalization and the fragmentation of care. Its hegemonic validation via biomedicine, however, with its predominant presence in polyclinics and hospitals, can neutralize these potentials. The main locus of Acupuncture at SES-DF is Secondary and Tertiary Care, with HBDF being our main reference. The offer of the practice takes place through the individual initiative of trained professionals in some PHC health units, but in a very irregular and incipient way. CERPIS is the main acupuncture center for APS here in DF, and should serve as a model for our context. Only two PHC health units offered Acupuncture regularly and constantly in the analyzed period: CERPIS and UBS 6 Cariru Paranoá, which, added to the other 11 units, including polyclinics and hospitals, total 13 health units offering them, in a universe of 215 health establishments (6.0%). The recent expansion of ESF coverage that took place with the "Converte" (Ordinance 77/2017) may constitute an opportunity to expand the offer of Acupuncture in the DF. It is essential to propose adjustments to our macro strategy that make us less dependent on public tenders for the specific hiring of specialists in the area, with an emphasis on secondary and tertiary care. It is possible to make better use of the latent potential observed in the network to expand the offer, especially in PHC, via participatory co-management, matrix support and permanent education. More efforts are needed to define and conceptualize the term Integrality, since its polysemy and ambiguity can serve as a discursive tool for maintaining the status quo. As a technical product, we proposed the development of a booklet/folder for the dissemination of Acupuncture/MTC for PHC professionals, as part of a plan to promote Acupuncture at PHC.

Keywords: Unified Health System. Primary health care. Acupuncture. Traditional Chinese Medicine. Integrality in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família / Equipes de Saúde da Família
GERPIS	Gerência de Práticas Integrativas em Saúde
IGES	Instituto de Gestão Estratégica de Saúde
MA	Medicina Alternativa
MC	Medicina Complementar
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTCI	Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas
PDPIS	Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde
PDS	Plano Distrital de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PIS	Práticas Integrativas em Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica
RTD	Responsável Técnico Distrital
SES	Secretária de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1	BIOMEDICINA E INTEGRALIDADE	16
3.2	INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS	22
3.2.1	Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas	22
3.2.2	Acupuntura no Brasil	24
3.2.3	Acupuntura no DF	26
4	OBJETIVOS	29
5	PERCURSO METODOLÓGICO	30
5.1	REFERENCIAL ANALÍTICO	30
5.2	ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE PESQUISA	31
5.2.1	Coleta de Dados	31
5.2.2	Diagnóstico da oferta de Acupuntura SUS-DF	31
5.2.3	Análise do Discurso.....	32
5.2.4	O Campo e os Participantes da Pesquisa	34
5.2.4	Diretrizes de fomento à Acupuntura na APS	35
5.3	CRITÉRIOS ÉTICOS	35
6	DISCUSSÃO E RESULTADOS	37
6.1	INTEGRALIDADE-DISCURSO	37
6.1.1	Perfil dos Profissionais de Acupuntura do SUS-DF	37
6.1.2	Oferta de Acupuntura no SUS-DF	39
6.1.3	Acupuntura/MTC: potenciais e desafios	54
6.2	INTEGRALIDADES-CAMINHOS	60
6.2.1	Revalorização dos Sujeitos	60
6.2.2	Diretrizes de fomento à Acupuntura na APS	65
7	CONCLUSÕES	69
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE A – CARTILHA DE ACUPUNTURA/MTC APS	77
	APÊNDICE B – TCLE	79
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO	82

ANEXO A – PARECER DO CEP FIOCRUZ	83
ANEXO B – PARECER DO CEP FEPECS...	86
ANEXO C – RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA COMPILADAS COM O APLICATIVO <i>GOOGLE FORMS</i>	92

1 INTRODUÇÃO

A constituição de 1988, fruto das lutas democráticas do povo brasileiro, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como política integrada ao tripé da seguridade social: Saúde, como direito de todos e todas, vinculada à Previdência e Assistência Social, noção que privilegiou desde o nascedouro a compreensão de saúde como resultante de determinantes e condicionantes sociais (GIOVANELLA, et al., 2019).

SUS que tem se esforçado, apesar de conjunturas políticas adversas, subfinanciamento crônico, teto de gastos (EC 95/2016), tentativas de desmonte¹, a consagrar-se em caráter universal e integral, seja por melhorias no acesso e na cobertura dos serviços (PMAQ-AB / PROVAB / MAIS MÉDICOS), com ampliação da rede de Atenção Primária à Saúde (APS), seja pela indução, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC), de uma visão mais ampla e vitalista da assistência (NEVES et al., 2018; PNPIC, 2006).

Nesse sentido, o Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surgiu no ano de 1994 com a intenção de reorientar o modelo assistencial brasileiro para um enfoque na promoção de saúde e prevenção de doenças, reorganizando os serviços segundo os princípios de universalidade, equidade e integralidade (ROSA; LABATE, 2005).

O princípio da integralidade tem ganhado destaque como princípio normativo dos sistemas de saúde, sobretudo nas últimas décadas, devido a crescentes preocupações com o envelhecimento populacional e a prevalência crônica de multicomorbidades (OUVERNEY; NORONHA, 2013). Integralidade, compreendida aqui, em duas dimensões, “quer na perspectiva de articulação entre ações de promoção à saúde, preventivas e curativas, quer na visão holística do ser humano biopsicossocial”. (MEDEIROS et al., 2017, p. 289). Mas, sobretudo, na perspectiva epistemológica de validação de outras práticas e saberes em saúde (TESSER; LUZ, 2008).

Diversos organismos internacionais reconhecem que sistemas sanitários de forte orientação para a APS são mais efetivos e consequentes com a situação epidemiológica e

¹ A PNAB 2017 permitiu compor Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) somente com um ACS e equipes AP (eAP) sem ACS, prejudicando seu componente comunitário; ao permitir equipes com carga horária mínima do profissional, de dez horas semanais, favoreceu um modelo de atenção curativa, voltada para o controle de riscos individuais. O componente multiprofissional também foi enfraquecido pela extinção do credenciamento e financiamento federal aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (GIOVANELLA et al., 2020).

demográfica de hegemonia das condições crônicas e de envelhecimento populacional²; e de maior qualidade, por enfatizarem a promoção de saúde e a prevenção de doenças, com oferta de tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde (STARFIELD, 2002; OMS, 2008).

Apesar da recente Declaração de Astana – por motivo da Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde ocorrida em 2018, no Cazaquistão – apresentar lacunas e ambiguidade, dando ênfase para o aumento da cobertura universal em saúde (que pode debilitar a abordagem integral da APS e limitar o acesso da população ao primeiro nível de atenção) reitera a necessidade de uma APS de qualidade como a forma mais efetiva e eficiente para a aplicação de recursos (GIOVANELLA, 2019).

Todavia, a ampliação da APS – como de fato tem ocorrido no Brasil e no mundo – por si só, não garante oferta de um cuidado em saúde realmente integral, o que quer dizer, multidimensional, holístico, biopsicossocial, centrado na pessoa, com eficácia e efetividade. Pode significar, pelo contrário, acesso facilitado a práticas medicalizantes, biologizantes, fragmentadas, intervenções médicas desnecessárias e sobrediagnóstico³, resultando em aumento da sensação de morbidade e hipocondria na população, assim como em indução e cronificação de sintomas e doenças (NEVES et al., 2018; CARNUT, 2017; GÉRVAS; PÉREZ-FERNÁNDEZ, 2016).

A pretensão de integralidade, como práxis, requer ir além de slogans e campanhas publicitárias para se refletir mais profundamente acerca dos processos e o que se entende como saúde e doença; requer questionar e reconhecer limitações inerentes à Racionalidade Médica⁴ hegemônica com a qual nos formamos desde a universidade, a Racionalidade Biomédica⁵ (TESSER; LUZ, 2008). Requer revalorizar a dimensão psíquica, emocional e afetiva dos indivíduos, suas histórias de vida, seus conflitos e traumas, e o atravessamento de determinantes sociais, condições materiais e políticas de existência como causas multifatoriais de uma complexa dinâmica de adoecimento (DESLANDES, 2006).

² O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos no Brasil, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens (BRITO, 2007).

³ O sobrediagnóstico ocorre quando pessoas assintomáticas ou saudáveis são diagnosticadas por meio de exames complementares com “problemas” que a princípio não acarretariam danos à saúde (TOSCAS, 2015).

⁴ A categoria Racionalidade Médica foi definida por Madel Luz como um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais: a) uma morfologia ou anatomia humanas; b) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; c) um sistema de diagnósticos; d) um sistema de intervenções terapêuticas; e) uma doutrina médica. Além desses elementos constitutivos, é importante também considerar que os fundamentos das racionalidades assim descritas residem numa cosmologia (LUZ, 2005).

⁵ Biomedicina é um termo usado na Saúde Coletiva e na Antropologia como equivalente a “medicina ocidental”, “medicina científica” ou “medicina alopática”, termo que explicita o deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna: de uma arte de curar indivíduos doentes, para uma disciplina das doenças (LUZ, 2012).

A oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e outras racionalidades médicas, como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura, pode contribuir para um intercâmbio que favoreça a realização do princípio da integralidade nos serviços do SUS (TESSER; LUZ, 2008), sobretudo na APS: essa é a questão fundamental e objeto de interesse deste trabalho.

A interação entre diferentes sistemas culturais em saúde pode contribuir, ademais, para o questionamento de certa herança colonial epistêmica, nas palavras de Boaventura (1995), que só reconhece na Ciência Moderna e na biomedicina as validações da verdade. Questionamento que pode contribuir para o incremento da complementaridade das ações e estratégias que adotamos no SUS, ampliando o leque de opções terapêuticas e o acesso democrático da população a diversas formas de cuidado (NASCIMENTO et al., 2013).

Os dados oficiais de expansão das PIC no Brasil, entretanto, são contraditórios. O Ministério da Saúde (MS) alega terem sido ofertadas por 20% das equipes de APS em 2016, em 56% dos municípios, mas, como destacam Tesser, Sousa e Nascimento (2018), o Primeiro Inquérito Nacional Independente sobre PIC encontrou oferta só em 8% deles. Tal discrepância, ressalta esse artigo, “deve-se provavelmente à metodologia de registro e divulgação dos dados: um profissional, ao registrar uma vez o exercício de uma PIC, converte seu município em ofertante nas estatísticas governamentais, mesmo que não volte a ofertar o serviço no futuro” (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018, p. 174).

O mesmo estudo revelou que ainda há pouca regulamentação da formação e prática em PICs no Brasil e que a maioria dos praticantes é profissional convencional da APS (80% da oferta de PICs ocorre na APS, sendo as mais comuns: práticas corporais, plantas medicinais, acupuntura e homeopatia). A inserção do tema no ensino é incipiente, e há pesquisas na área, porém poucas publicações. Estratégias para maior inserção das PIC na APS, destaca o artigo, “envolveriam: estímulo federal aos municípios, via profissionais competentes, matriciamento, educação permanente e ação governamental para sua inserção na formação profissional” (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018, p. 174).

O Distrito Federal (DF) chega de forma retardatária ao processo de expansão da cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) observado no Brasil e no mundo, mas ainda a tempo de comemorar os 40 anos da Declaração de Alma-Ata (1978), marco histórico e político desse movimento à escala global. Quiçá pela influência constante e significativa de determinados conflitos de interesse econômicos e políticos na cidade: o atual Secretário de Saúde, por exemplo, é presidente do IGES (Instituto de Gestão Estratégica de Saúde) –

instituto que terceiriza a gestão do SUS⁶ – e por ainda vigorar certo domínio de “uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde” (AGUIAR, 2011, p. 29).

Há certamente atuação de forças envolvidas na reprodução das práticas do complexo médico-industrial da saúde típico de regiões economicamente mais ricas, como a exemplo dos grandes municípios paulistas (VIANA et al., 2006), influenciando em maiores “investimentos em serviços especializados e na Atenção Terciária” e, por conseguinte, “na presença de um contingente maior de força de trabalho especializada, contrária ou, no mínimo, não interessada na expansão da ESF e na mudança do modelo de atenção” (NEVES et al., 2018, p. 6)

Em 2016 – portanto, pouco mais de duas décadas após o lançamento do Programa Saúde da Família (1994) –, a cobertura de ESF no DF era de apenas 28,17% (a mais baixa do Brasil), segundo dados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. De um total de 172 unidades de saúde,

63 ainda tinham seu processo de trabalho organizado a partir do modelo tradicional, composto por profissionais que, apesar de comporem formalmente a APS, não estavam organizados em ESF ou até mesmo prestavam serviços não considerados primários. Estas UBS apresentavam uma grande variedade de arranjos organizacionais e de funcionamento, influenciados pelo perfil de seus profissionais (clínicos, pediatras, ginecologistas), sem programação ou planejamento direcionados às necessidades específicas de cada comunidade, com baixa inserção das práticas clínicas de enfermagem e outras profissões da área da saúde, gerando um cuidado fragmentado, distante das reais necessidades da população e distante dos atributos estabelecidos para a ESF (CORRÊA et al, 2019, p. 2033).

Em 2017, o DF passou por uma transição de modelo que ficou conhecida como “Converte” (Portarias 77 e 78/2017), sedimentando as normas de sua Política Distrital de Atenção Primária à Saúde, passando a ter como base a ESF como elemento de organização da APS, alcançando a marca de 58% de cobertura⁷ (CORRÊA et al., 2019).

Mesmo a APS vinculando-se predominantemente ao modelo de cuidado biomédico,

sua construção e legitimação nos sistemas nacionais de saúde estão intimamente atreladas a uma crítica ao enfoque biologicista e fragmentário da biomedicina, centrado nas doenças (Luz, 2000), nas especialidades

⁶ Refere-se ao serviço social autônomo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF, pessoa jurídica de direito privado instituído em 2017 e ampliado em 2019 (Lei 6270 de 30/01/2019). Quando da escrita, acumulavam essas duas funções o senhor Francisco Araújo, preso posteriormente em agosto de 2020 na segunda fase da Operação Falso Negativo, por suspeita de superfaturamento em compras de testes para a detecção da Covid19.

⁷ Dados do sistema e-Gestor AB, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), vinculada ao Ministério da Saúde, falam de uma cobertura no DF em março de 2019 de 49,06% para ESF e 58% para Atenção Básica (Consulta 26/04/2020).

médicas e no uso abusivo de tecnologia dura; e à sua tendência a uma relação verticalizada e impessoal com os usuários (associada ao caráter padronizado de suas intervenções), além da crítica aos seus custos progressivos e insustentáveis (TESSER; SOUSA, 2012, p. 339).

Apesar das críticas ao "Converte" – pela forma traumática, impositiva, acelerada, pouco discutida com a sociedade, usuários, servidores e atores envolvidos –, tudo parece indicar que seu saldo é positivo e pode constituir oportunidade e potencial para seguir acumulando forças em direção ao fortalecimento do SUS, da Atenção Básica, e de um cuidado em saúde realmente integral, com possível ampliação da oferta de PICs no estado.

Atualmente, a proporção de unidades de saúde vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde (SES-DF) que ofertam PIS de forma geral é de 54,91%, segundo dados oficiais (PDS, 2019). A especialidade Acupuntura, objeto de interesse deste trabalho, segundo dados fornecidos pelo responsável técnico da especialidade, conta com 17 profissionais médicos acupunturistas vinculados à SES-DF, distribuídos em diferentes centros (a esmagadora maioria em policlínicas especializadas, na Atenção Secundária e Terciária). Todavia, sabe-se da presença de outros profissionais vinculados ao SUS do DF com formação em Acupuntura/MTC, sobretudo na APS, que ofertam, já ofertaram ou têm planos de ofertar o serviço em suas unidades como iniciativa individual, que não constam em dados oficiais.

Com base nesse contexto, algumas questões principais nortearam o desenvolvimento desta pesquisa:

Considerando as PIS como estratégias complementares de ampliação da atenção integral à saúde, sobretudo como ferramentas terapêuticas, promocionais, preventivas e de apoio à resolubilidade da assistência, a oferta de Acupuntura, nos moldes atuais do DF, contribui para o fortalecimento do princípio de integralidade no SUS?

É possível elaborar algumas diretrizes gerais de fomento à Acupuntura na APS em nosso contexto?

2 JUSTIFICATIVA

Ao longo de minha trajetória de dez anos como médico de família e comunidade (MFC) – fosse como médico em comunidades *warao* de difícil acesso no delta do rio Orinoco, como membro do *Batallón 51* na Venezuela; ou no assentamento rural de São Vicente, no município Flores de Goiás, como intercambista vinculado ao Programa Mais Médicos; ou na periferia de uma grande metrópole como Samambaia/DF –, nunca deixaram de frustrar-me certos fenômenos da medicina moderna: refratariedade de sintomas, ausência de cura de diversas doenças e o aumento progressivo da sensação de morbidade induzida pela própria assistência sanitária.

Fenômenos, em grande parte, percebidos por mim, alimentados pela baixa disposição e capacidade integradora dos profissionais de saúde e a inquestionável manutenção do paradigma médico hegemônico, o paradigma biomédico, de matriz colonial, como critério único da verdade. Paradigma reforçado constantemente pelo aparelho publicitário e financeiro do complexo médico-industrial.

Tais percepções e frustrações instigaram-me à busca por respostas e me levaram a especializar-me em Acupuntura/MTC, tecnologias e conhecimentos que venho utilizando há três anos com excelentes resultados em minha prática clínica como MFC.

Em 2017, tive oportunidade de ser partícipe direto do “Converte”, matriciando colegas pediatras, clínicos e ginecologistas que passariam a atuar como médicos de família e comunidade, e de perto pude nutrir esperanças de que essa ampliação de cobertura de ESF abrisse espaço para o aumento da oferta de Acupuntura, de outras racionalidades médicas e práticas integrativas no SUS do DF.

Por esses motivos, pareceu-me pertinente mapear outros profissionais com formação em Acupuntura / MTC vinculados à rede pública de saúde do DF, com o objetivo de analisar a oferta, investigar contribuições e potenciais da especialidade para o fortalecimento do SUS e seu princípio doutrinário da integralidade.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 BIOMEDICINA E INTEGRALIDADE

Integralidade em saúde, um dos princípios doutrinários do SUS, passou a ser reconhecida como diretriz na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em sua terceira edição (2010, p.13), integralidade é concebida como:

Articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

Comumente, entende-se integralidade, apesar da polissemia do termo, como princípio indutor de um cuidado multidimensional.

O cuidado integral ou holístico traduz a visão de atenção ao indivíduo de forma particularizada e específica, bem como abordagem do indivíduo como um todo nas suas necessidades biopsicossociais. Leonardo Boff traz a visão de cuidado integral como uma busca pelo equilíbrio entre corpo, a mente e o espírito, e convocação do médico (corpo), terapeuta (mente) e sacerdote (espírito) para trabalharem juntos visando a totalidade do ser humano (SANTOS et al., 2018, p. 1234).

Silva et al. (2018), entretanto, reconhece que os conceitos apresentados em torno do princípio são ambíguos, genéricos e carecem de uma definição clara quanto a sua aplicação na prática assistencial, em contextos diversos, sobretudo na APS, tornando possível sua não implantação.

A pesquisadora Madel T. Luz, no final dos anos 80, desenvolveu uma tese paradigmática para as ciências sociais e da saúde, ao explicitar aspectos epistemológicos e históricos constitutivos da racionalidade científica moderna e, por conseguinte, da razão médica hegemônica. Posteriormente, em 1992, ao instituir uma linha de pesquisa e formar um grupo de estudos sobre as racionalidades médicas⁸, abriu espaço para a possibilidade de

⁸ A categoria Racionalidade Médica foi pesquisada por Luz e sua equipe do Instituto de Medicina Social da UERJ construída entre 1991 e 1992 para o projeto "Racionalidades Médicas", um estudo comparativo de quatro sistemas médicos complexos: a Medicina Ocidental Contemporânea, ou Biomedicina, a Medicina Homeopática, a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ayurvédica. Essa categoria, estabelece que toda racionalidade médica supõe um sistema complexo, simbólica e empiricamente estruturado de cinco dimensões: uma morfologia humana (na medicina ocidental definido como anatomia); uma dinâmica vital (entre nós definida

reconhecimento de outras verdades e sistemas explicativos em saúde.

Na perspectiva das discussões levantadas pelo grupo liderado por Luz, que levam em conta aspectos sóciohistóricos, antropológicos e filosóficos da racionalidade "científica" moderna, compreende-se integralidade como princípio para a valorização da multiplicidade de saberes e práticas presentes no campo da saúde e na sociedade, levando em conta sua diversidade política, cultural e epistemológica (TESSER; LUZ, 2008). No Brasil, essas tecnologias de cuidado, diversas à biomedicina, são conhecidas como PICs (PNPIC, 2006).

Por outro lado, a categoria Epistemologia do Sul, proposta por Boaventura (2010), nos permite compreender melhor as implicações do "epistemicídio" ocorrido por aqui e nos países do chamado Terceiro Mundo, processo resultante da colonização e conquista levadas a cabo pelas potências imperiais na conformação do sistema-mundo atual. Nossos povos foram submetidos a um "hipercientificismo" como critério único da verdade, em detrimento de saberes tradicionais, outras cosmovisões, práticas e racionalidades, atrelado

à necessidade colonial de diminuir a emancipação dos indivíduos totalizando as experiências, os conceitos e a produção do conhecimento de forma que amenize as potencialidades das vivências particulares e coletivas das/nas diferentes realidades, viabilizada por concepções que fragmentam os corpos em partes para serem estudadas e compreendidas em disciplinas, que fragmentam também os processos de trabalho e a vida em sociedade (SILVA et. al 2019, p. 102).

É nessa perspectiva que o ensaio “Descolonização e Epistemologia do Sul nas práticas integrativas e complementares em Saúde” discute a inserção das PICs no Brasil, analisando suas potencialidades principalmente quando ocorrem como política pública, promovendo discussão sobre a relevância da coexistência dos saberes, concepções e práticas em saúde, fomentada pela diretriz da integralidade (SILVA et al., 2019).

Considerando-se esses elementos, discutir a diretriz da integralidade também passa pela compreensão de nossas heranças históricas, políticas, epistêmicas e da necessidade de reconhecimento da racionalidade biomédica, de matriz colonial, como elemento competidor na configuração de um sistema de saúde realmente integral, que quer dizer emancipatório, do ponto de vista individual e coletivo.

Este esforço se faz necessário porque persiste uma correspondência colonial da produção e circulação científica (não apenas nos estudos da religião). Os países do norte global reforçam sua hegemonia a partir da imposição de uma

como fisiologia); uma doutrina médica; um sistema de diagnose; e um sistema de intervenção terapêutica. Com o desenrolar da pesquisa, descobriu-se uma sexta dimensão, que embasa as anteriores, e que pode ser designada como cosmologia (NASCIMENTO MC et al., 2013).

agenda epistêmica centralizadora de maneira a perpetuar temas práticas acadêmicas nas quais o conteúdo hierárquico das relações Norte-Sul reproduzam as relações coloniais (SILVA; PROCÓPIO, 2019, p. 19).

Ao contrário do paradigma vitalista, que centra esforços na preservação e restituição do equilíbrio da pessoa, sem menosprezar a interdependência dinâmica e permanente das dimensões sutis e contextuais, o paradigma biomédico, de base positivista, centra sua lógica na doença, no diagnóstico nosológico, e tem sua cosmologia sustentada na física clássica newtoniana e na metáfora cartesiana do corpo como máquina direcionada pela mente, divididos em dois compartimentos (CAMARGO, 2005). A racionalidade médica ocidental contemporânea, ou resumidamente, a Biomedicina, nas palavras de Camargo:

pode ser delineada em três proposições: a) dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais: *caráter generalizante*; b) os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o "Universo" a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos: *caráter mecanicista*; c) a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das "leis gerais" do funcionamento da "máquina universal" pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes: *caráter analítico* (CAMARGO, 2005, p. 178-179).

Paradigma médico mecanicista que se impôs no ocidente, não por apresentar melhores resultados de eficácia clínica, técnica ou metodológica, senão por sua compatibilidade com o ethos da sociedade industrial nascente e "sua compatibilidade cultural com o novo modo de produção capitalista", num contexto social e histórico de ruptura de laços econômicos e comunitários, "entre corpo e mente, eu e outro, pessoa e contexto... em um mundo em intenso processo de burocratização e desencanto" (QUEIROZ, 1986, p. 311-315). Paradigma que consolida sua hegemonia com a reforma da profissão médica nos EUA e a publicação do relatório Flexner no início do século XX. E citando o trabalho de Wrigth (1979), que discute o sucesso e a legitimação da medicina científica em detrimento da astrologia, o autor citado acima chega às seguintes conclusões:

a medicina, diante da revolução mercantil do século XVII, da valorização do lucro e do domínio da natureza se torna intervencionista (em oposição às noções então prevalentes de harmonia e equilíbrio), enfatiza uma relação individual e solitária entre médico e paciente (em congruência com a ideologia individualista do tempo) e acentua a etiologia individualista da doença (compatibilidade com o puritanismo então vigente) (QUEIROZ, 1986, p. 315).

Tais características, constituídas a partir de contextos sóciohistóricos e políticos

específicos, conferem à racionalidade biomédica limitações que por si só antagonizam com o princípio da integralidade no SUS, colocando sob questionamento um de seus pilares fundamentais. Como afirmam Tesser e Luz (2008, p. 200-201), em seu artigo Racionalidades Médicas e Integralidade:

Reconhecemos aqui as dificuldades essenciais inerentes à biomedicina para o trato da questão da integralidade, nos seus círculos esotéricos e em aspectos eminentemente epistemológicos, além de éticos e político-institucionais: a centralidade operacional e teórica dessa medicina nas doenças e seus riscos, além de sua pulverização institucional nas especialidades médicas, excluiu dos seus círculos esotéricos a pretensão de integralidade.

Essas características constitutivas da racionalidade se refletem na realidade dos serviços de saúde. O que se vê, de fato, ainda, é apego excessivo ao paradigma biomédico, mesmo na APS, apesar de a integralidade ser um de seus atributos essenciais.

Observa-se distanciamento entre integralidade como princípio, como política de intenção, presente em diversas cartilhas e documentos de sustentação do SUS, e o que acontece na ponta do sistema: baixa oferta de PICs (o inquérito independente de PICs encontrou ofertam em somente 8% dos municípios estudados), utilização excessiva de protocolos e padronização de condutas, relação vertical e mecânica entre cuidador e usuário, assistência baseada no diagnóstico nosológico, em detrimento da pessoa que experiencia as doenças e suas vivências existenciais; fragmentação da assistência com baixa capacidade integradora entre as diversas dimensões do indivíduo: psíquica, afetiva, política, sexual, espiritual, social, familiar e biológica (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; CARNUT, 2017; DESLANDES, 2006).

Investe-se, na prática, grande parte do tempo e das agendas dos profissionais com ações de cunho preventivista, com rotinas de rastreamento de duvidoso impacto sobre a qualidade e expectativa de vida da população, como mamografia, PSA, check-ups anuais; e menores esforços e recursos são disponibilizados para atividades de abordagem comunitária, familiar e na tentativa de compreensão do indivíduo como unidade, inserido em seus contextos (PEREZ FERNANDEZ; GÉRVAS, 2016).

Preocupa-se com identificar e medicar fatores de risco e supostas pré-disposições genéticas – com o intuito teórico de prevenir doenças no futuro –, mas se reflete pouco sobre a qualidade e o estilo de vida dos doentes, sobre os determinantes sociais que os atravessam, suas histórias de vida, conflitos, espiritualidade, traumas, violências e dilemas, angústias e emoções (DESLANDES, 2006). Ainda que essas concepções venham ganhando cada vez

mais espaço dentro do saber médico e na prática clínica de diversos profissionais na atualidade (LUZ, 2012).

Esfera afetiva e emoções, diga-se de passagem, categorizadas na MTC clássica como "fatores patogênicos internos" (WANG; PAI, 2005) permitindo, quando utilizadas de forma complementar aos conhecimentos da biomedicina, integrar concepções sedimentadas pela psicanálise – deslocamento, recalçamento e sintomas físicos como equivalentes de angústia (STEKEL, 1952) – e pela Medicina Psicossomática⁹.

Não se trata aqui de estabelecer uma relação dicotômica e antagônica entre o paradigma biomédico, as outras racionalidades médicas e as práticas de paradigma vitalista; pelo contrário. “Todas as medicinas e culturas apresentam limites no seu trato do processo saúde-doença, na sua eficácia/efetividade/veracidade, tanto na promoção da saúde como na diagnose e prevenção de adoecimentos e terapêutica” (TESSER; LUZ, 2008, p. 202).

Por isso, torna-se relevante e de interesse público discutir o tema da integralidade e a necessidade de complementaridade de abordagens e de ações (CARNUT, 2017), em vias de incrementar a complexidade interpretativa e dos planos de cuidado para cada sujeito, considerando as limitações inerentes a qualquer tipo de medicina nesse intrincado processo. Ainda que as racionalidades médicas não convencionais possam ser consideradas “mais integrais” quando comparadas à precariedade da biomedicina no quesito integralidade (TESSER; LUZ, 2008).

Nos últimos 30 anos, tecnologias de cuidado provenientes de diferentes tradições culturais, filosóficas e médicas vêm paulatinamente sendo reconhecidas pela biomedicina e regulamentadas como especialidades médicas, como o exemplo da Acupuntura, prática milenar da MTC. O prestígio social, acadêmico e institucional que vem alcançando fortalece a tendência de convívio harmonioso da biomedicina com outros olhares em saúde, ainda que esse paradigma tenda a preservar sua preponderância num sistema de saúde cada vez mais medicalizador e contraproducente (TESSER; DALLEGRAVE, 2020).

O aumento no número de consultas em especialidades como Homeopatia e Acupuntura e na procura por terapias alternativas e complementares em saúde é sintomático da crise do paradigma de assistência em saúde hegemônico. Aumento considerável a nível de planos de saúde e na saúde privada brasileira, que não é percebido com a mesma força e

⁹ A Medicina Psicossomática é a especialidade das enfermidades etiologicamente determinadas por fatores emocionais e psíquicos, suscetíveis de compreensão psicanalítica. Esse movimento surgiu no Brasil na década de 50, tendo como protagonista o psiquiatra e psicanalista Danilo Perestrello (GUEDES; RANGEL; CAMARGO JR, 2020).

consistência no SUS, indicando um acesso socialmente desigual a essas tecnologias (PARANAGUÁ et al., 2009).

Questiona-se o fato de a Biomedicina ser capaz de solucionar a Crise da Saúde (LUZ, 2012) que vêm marcando a passagem do mundo por essa última virada de século. Mundo cada vez mais submerso em conflitos políticos e desigualdades socioeconômicas inerentes ao modo de produção e reprodução capitalista neoliberal, com suas complexas problemáticas sanitárias, epidemiológicas e seu sistemático plano de destruição das condições ambientais de sobrevivência das espécies, incluindo o ser humano, como alertara Fidel Castro em seu histórico discurso na ECO 92 no Rio de Janeiro.

Luz também nos chama a atenção para uma segunda crise, a Crise da Medicina, que perpassa os planos institucionais, éticos, morais, pedagógicos e roça até mesmo com a irracionalidade ao centrar sua organização “num modelo de atenção médica hospitalar, em detrimento das necessidades de atenção primária da população” (LUZ, 2005, p. 151). Crise que se traduz em perda de vínculo efetivo da pessoa que recebe cuidados e os profissionais de saúde, preocupados com o processo técnico da diagnose e da investigação tecnológica (diminuindo sua eficácia geral), em detrimento do sujeito doente e a busca pela cura, o que tem elevado os custos da assistência sanitária e contribuído para o processo medicalização social (TESSER; BARROS, 2008).

Ainda que – devamos reconhecer – o oferecimento de práticas e medicinas alternativas e complementares seja uma estratégia a ser estimulada no SUS, principalmente pela democratização do acesso, pluralização terapêutica e os esforços por humanizar a assistência, elas possuem limitado potencial “desmedicalizante”, posto que inseridas numa lógica de mercado e de consumo, também podem ser usadas como ferramentas da higiomania¹⁰ e contribuir para culpabilizar os indivíduos pelas consequências negativas, refletidas neles, do desastre político e social do sistema em que estão inseridos (TESSER; BARROS, 2008).

Medicalização¹¹ entendida aqui como processo de transformação social pelo qual problemas não médicos passam a ser entendidos como médicos, induzindo ressignificação das

¹⁰ A mania com sua própria condição de saúde ou *higiomania* foi descrito por Nogueira em um artigo inspirado nas ideias de Illich publicado em 2001. A autor descreve o conceito como se representasse um estilo de vida da contemporaneidade, baseado na idolatria do corpo e da saúde do corpo; mania não somente criada por uma expropriação profissional como descrita por Illich, mas também “alimentada pela mídia, pelas academias de cultura física, pela indústria da ‘dieta’ e pela indústria em geral, e, enfim, pelos que estão sempre interessados em vender este novo produto: o autocuidado” (NOGUEIRA, 2003, p.187).

¹¹ Conceito proposto por Zola (1972), denota algo suspeito derivado da criação ou incorporação de um problema “não médico” ao aparato da Medicina. Como consequência desse fenômeno, a Medicina pode ser caracterizada como uma instituição de controle social, como a Religião e a Lei (CARVALHO et al., 2015).

experiências humanas, perda de autonomia e definição de normas biomédicas de conduta, podendo ser causa de iatrogenia clínica, social e estrutural (TESSER; DALLEGRAVE, 2020; ILLICH, 1975).

Nesse panorama, de dupla crise, como mencionado, com notável esgotamento da assistência médica científica e seu paradigma, torna-se compreensível a procura por abordagens e tratamentos mais humanizados, que não sigam o paradigma analítico de base mecanicista e apresentem uma compreensão mais holística de corpo e doença, como bem destacam Santos e Tesser (2012) em seu artigo que trata do processo de implantação das PICs em Florianópolis.

Esse crescimento, tanto na procura quanto na oferta de PICs (ainda que discreta em relação à oferta), responde a essa demanda e acontece predominantemente na APS, não por coincidência, mas por ambas possuírem afinidades eletivas, segundo Tesser e Sousa (2012). Os mencionados autores destacam essas afinidades:

centramento nos sujeitos em seus contextos sociais/familiares; abordagens ampliadas e holísticas; valorização de saberes/práticas não-biomédicos e de múltiplas formas, vivências e técnicas de cuidado; estímulo à auto-cura, participação ativa e empoderamento dos usuários; abordagem familiar e comunitária. Na organização das práticas e no relacionamento com a clientela há afinidades quanto à adequação sócio-cultural; parceria, dialogicidade e democratização das relações; trabalho territorial e construção/exploração de vínculos terapêuticos (TESSER; SOUSA, 2012, p. 336).

Por isso, diversos autores vislumbram o nascimento de um outro paradigma para a APS (MCWHINNEY, 2010; TESSER; SOUSA, 2012) e de uma nova epistemologia em saúde (NASCIMENTO et al., 2013).

O nascimento de um novo paradigma que seja capaz de reconciliar o mais avançado da Medicina Baseada em Evidências (MBE), da chamada medicina "científica e "moderna", com os saberes e práticas populares / tradicionais, as concepções e contribuições das medicinas alternativas e o conhecimento médico ancestral surgido em outros contextos culturais e filosóficos, organizados em verdadeiros sistemas de alta complexidade diagnóstica e terapêutica; de um paradigma baseado no respeito à diversidade, à democracia e à liberdade de escolha, conectado com os ideários do SUS e os mais profundos anseios de transformação social, superação da exploração e das injustiças, sem perder de vista os sujeitos em sua integralidade.

3.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PICS

As chamadas Medicinas alternativas e complementares (MAC) têm ganhado destaque no Brasil e no mundo, sobretudo a partir do movimento de Contracultura que teve seu auge na década de 60 no ocidente e os sucessivos chamamentos da OMS aos países membros para valorizarem suas medicinas tradicionais como estratégia de fortalecimento de seus sistemas nacionais de saúde (LUZ, 2005; OMS, 2013).

3.2.1 Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas

Atualmente, a OMS (2013), em sua última publicação, dá preferência ao uso do termo Medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI) para se referir a esse grupo de conhecimentos e tecnologias de cuidado em saúde baseadas em experiências culturais diversas; tecnologias de cuidado que consideram o indivíduo em sua integralidade, singularidade, complexidade e sua inserção sociocultural com ênfase na relação profissional/usuário, o que contribui para a humanização da atenção.

O termo Medicina Tradicional (MT), atualmente, segundo a OMS, é usado para designar a soma de conhecimentos, capacidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas que tenham longa ancestralidade ou tradição, explicáveis pelos métodos científicos atuais ou não, utilizadas para manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais.

Os termos "medicina complementar (MC)" e "medicina alternativa (MA)" se referem a um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição ou da medicina convencional de um determinado país e não estão totalmente integradas ao sistema de saúde vigente. Na América Latina, pode-se distinguir pelo menos três grupos de MAs:

a medicina tradicional indígena, que com mais precisão se deveria escrever no plural, devido à sua variedade, embora tenha um mesmo paradigma básico; a medicina de origem afro-americana, também plural, embora mais homogênea que a primeira; e as medicinas alternativas derivadas de sistemas médicos altamente complexos, recentemente introduzidas na cultura urbana dos países ocidentais (LUZ, 2005, p. 154).

Em meados de 2017, a unidade técnica de Medicina Tradicional e Complementar (TeCM, por sua sigla em inglês) da OMS adicionou o termo "Medicina Integrativa (MI)" na tentativa de abranger cuidados em saúde que muitas vezes reúnem abordagens convencionais e complementares de forma coordenada. A MI faz referência a abordagens holísticas e centradas na pessoa para cuidados de saúde e bem-estar, muitas vezes incluindo aspectos

mentais, emocionais, funcionais, espirituais, sociais e comunitários (RÓDENAS, 2017; KRACIK, PEREIRA, ISER, 2019).

A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviética (URSS) em 1978, destacou a importância da APS como fator elementar para se conquistar saúde. Ao mesmo tempo, preconizou a legitimação de práticas tradicionais, alternativas ou complementares como eixo fundamental para esse caminho. Em 1986, a Conferência de Ottawa defendeu que os serviços de saúde assumissem uma postura abrangente, de respeito às peculiaridades culturais de cada país e incentivassem a participação de outras disciplinas e da própria comunidade (GIOVANELLA, 2019).

O mais recente Relatório Global sobre Medicina Tradicional e Complementar da OMS (2019) fala de um consistente incremento no número de países membros que contam com uma Política Nacional de Medicinas Tradicionais e Complementares (PNMTC). O número quase dobrou entre 1999 e 2005, de 25 para 45, e dobrou novamente entre 2005 e 2018 (de 45 para 98). Atualmente, 98 países, mais de 50% dos 194 Estados membros têm uma PNMTC (OMS, 2019).

O Brasil é referência mundial no campo das MTCI no que diz respeito à inserção destas práticas no sistema público de saúde. As PICs foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por intermédio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada por meio de Portaria GM/MS no 971, de 3 de maio de 2006. A política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para a oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia.

Ainda que, caiba a crítica, a Política não aumentou o investimento financeiro da União para PICs para além do que havia antes de 2006, sendo uma das poucas políticas nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM no 849/2017, a saber: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, totalizando 19 práticas desde março de 2017. Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde, em

consonância com princípios preconizados por outras relevantes Políticas Nacionais: a de Fitoterapia, Promoção da Saúde, Educação Popular, Humanização e Atenção Básica.

No Brasil, em 2017, 8.200 UBS ofertaram alguma das PICs, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos. Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais. Em 2016, foi registrada oferta em PICS em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas (SAÚDE, 2018).

No DF, a proporção de Unidades de Saúde vinculadas à SES que ofertam Práticas Integrativas em Saúde (PIS) de forma geral é de 54,91%, segundo dados oficiais (PDS, 2019). Em 2014, foi publicada a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, consequente com os princípios do SUS e em consonância com a tendência de crescimento da oferta e a regulamentação observado no mundo.

3.2.2 Acupuntura no Brasil

A principal referência nos estudos da categoria Racionalidade Médica no Brasil, a pesquisadora Madel Luz (2005), considera haver similitudes entre a medicina tradicional chinesa e o corpo de conhecimentos ancestrais da medicina nativa e do xamanismo. Os sistemas tradicionais indígenas de saúde

são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem (SAÚDE INDÍGENA, 2002, p.17).

Um marco importante para a inserção da Acupuntura no nosso território foi a chegada dos primeiros imigrantes chineses ao Rio de Janeiro, em 1812, para as plantações experimentais de chá do Jardim Botânico e da Fazenda Imperial de Santa Cruz. Em 1908, chegava o navio Kasato Maru trazendo os primeiros imigrantes japoneses após a crise do final do Período Feudal no Japão de 1895. Em 1958, o fisioterapeuta Friedrich Spaeth – considerado responsável pela difusão da acupuntura na sociedade brasileira na década de 1950 – começou a ensinar esta prática milenar no Rio de Janeiro e em São Paulo e, em 1972, fundou a Associação Brasileira de Acupuntura – ABA (PAI, 2005).

Todavia, a legitimação e a institucionalização de abordagens integrativas de atenção à saúde começaram a ocorrer com muito mais força somente após a criação do SUS, no final da década de 80, e com a publicação da PNPIC em 2006.

Alguns eventos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política de práticas integrativas em nível nacional e da regulamentação da acupuntura, elencados no Resumo Ministerial (MS, 2005), que utilizamos para traçar uma linha do tempo no Quadro 1:

Quadro 1 – Linha do tempo construção da PNPIC

1985	Celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps –, a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada também um marco para a oferta da MNPC no sistema de saúde do Brasil visto que, impulsionada pelo movimento pela reforma sanitária, deliberou em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida".
1988	As resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – Ciplan – nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo e em técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.
1995	Instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas não-Convencionais, por meio da Portaria Nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (hoje, Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Anvisa).
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”.
1999	Inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria GM Nº 1230 de outubro de 1999);
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde recomenda incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia.
2003	Constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares - MNPC – no SUS

2003	1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;
2003	O relatório final da 12ªCNS delibera para a efetiva inclusão da MNPC no SUS.
2004	A MNPC foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.
2006	Publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Fonte: Resumo Ministerial, 2005. Elaborado pelo autor.

Em 1988, por meio da Resolução Nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – Ciplan –, a Acupuntura teve as suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde. Em 1995, foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina, e posteriormente pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica. Em 1999, o MS inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo país (PNPIC, 2006).

3.3.3 Acupuntura no DF

Segundo relato de experiência apresentado por Marcos de Barros Freire no 1º Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, a trajetória das PIS no SUS do DF remonta ao início do ano 1983, em uma unidade de saúde de Planaltina-DF, com a plantação de plantas medicinais oriundas da coleção do professor Jean Kleber, da Universidade de Brasília, e os cuidados de um raizeiro originário do interior da Bahia, o Sr. Lordelo.

Todavia, a institucionalização das práticas integrativas em nosso contexto remete à criação do Instituto de Tecnologia Alternativa do Distrito Federal (ITA/DF), órgão que esteve vinculado ao Gabinete Civil do Governo do Distrito Federal, pelo Decreto Nº 9.317, de 12 de março de 1986. Em 1987 foi celebrado o Convênio de Cooperação Nº 11/87 entre a União, o ITA/DF e a SES/DF, que permitiu a implantação das atividades em acupuntura, alimentação natural, fitoterapia, homeopatia, entre outras ações (PDPIS, 2014).

Institucionalização posteriormente fortalecida pela criação da Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS) em dezembro de 2011 (Decreto Nº 33.384, de 5 de

dezembro de 2011) e pela promulgação em 2014 da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS). A resolução nº 429 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, 10 de junho de 2014, resume bem os marcos regulatórios de interesse para a Acupuntura em nosso contexto, objeto central do presente estudo. A resolução cita atribuições da SES-DF previstas na Lei Orgânica do DF: “promover e fomentar práticas alternativas de diagnóstico e terapêuticas, de comprovada base científica, entre outras, a homeopatia, acupuntura e fitoterapia” (DODF, 2014, p. 32).

Certamente, um marco importante para inserção da Acupuntura no DF foi a publicação no DODF Nº 17, de 24 de janeiro de 2002, das definições das especialidades de Acupuntura e Homeopatia na carreira médica da SES/DF. O documento da PDPIS (2014) resume alguns marcos históricos para a inserção das PIS de forma geral no DF. Como é de nosso interesse, separamos no Quadro 2 os marcos mais importantes para inserção da Acupuntura:

Quadro 2 - Marcos importantes para a inserção da Acupuntura no DF

2002	Portarias s/nº, de 22 de fevereiro de 2002, no DODF Nº 37, de 25 de fevereiro de 2002, define 20 (vinte) vagas para cada uma das especialidades de Acupuntura e Homeopatia.
2008	Ordem de Serviço Nº 196, publicada no DODF Nº 192, de 29/9/2008 – criou o Serviço de Acupuntura na Gerência de Medicina Interna do Hospital de Base do DF;
2008	Implantação do Programa de Residência Médica em Acupuntura do Hospital de Base do DF.
2010	Primeira edição anual do oferecimento da disciplina eletiva de Acupuntura para os alunos do 4º ano de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), da SES/DF.
2012	Ampliação do oferecimento anual da disciplina eletiva de Acupuntura, para os alunos do 2º, 3º e 4º anos do curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), da SES/DF.
2012	Primeira edição anual do oferecimento do internato eletivo em Acupuntura para os alunos do 6º ano de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

Fonte: PDPIS, 2014, p. 14-17. Elaborado pelo autor.

Em 2018, ocorre a primeira edição anual de oferta do período eletivo em Acupuntura para residentes de MFC da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), da SES/DF, processo do qual pude participar como preceptor da residência de MFC, estabelecendo diálogo e ponte entre ambas as especialidades.

A Portaria nº 77 da SES/DF, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de

APS do DF, fundamentada na ESF, reconhece e legitima o exemplo do CERPIS, Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde, localizado em Planaltina (nossa principal referência para oferta de Acupuntura na APS), passando a preconizar na sua organização administrativa a UBS PIS, Unidade Básica de Práticas Integrativas e Promoção da Saúde, “voltadas para a atenção, ensino, pesquisa e matriciamento em PIS, para as demais equipes da APS e ações de promoção da saúde integradas com outros níveis de atenção, podendo ser referência para uma ou mais regiões de saúde” (DODF, 2017, p. 5).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar características, implicações, potenciais e desafios da Acupuntura/MTC no SUS-DF, estabelecendo uma relação dialógica, reflexiva e dialética com o princípio polissêmico da Integralidade.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Mapear profissionais com formação em Acupuntura/MTC vinculados à rede pública de saúde do DF.
- b) Analisar a oferta de Acupuntura no SUS-DF no período de 2013 a 2019.
- c) Analisar as percepções dos profissionais de Acupuntura do DF em relação à importância da oferta da prática e o princípio da Integralidade.
- d) Elaborar diretrizes de fomento à Acupuntura na APS.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 REFERENCIAL ANALÍTICO

Na perspectiva das discussões levantadas pelo grupo de pesquisa liderado por Madel T. Luz no início dos anos 90, que levam em conta aspectos sóciohistóricos, antropológicos e filosóficos da racionalidade "científica" moderna, e por conseguinte, da racionalidade biomédica, nosso estudo buscou analisar características, implicações, potenciais e desafios da Acupuntura/MTC no DF, estabelecendo uma relação dialógica, constante, reflexiva e dialética com o princípio polissêmico da Integralidade.

Utilizamos a compreensão de integralidade sedimentada por essa linha de pesquisa, como princípio para a valorização da multiplicidade de saberes e práticas presentes no campo da saúde e na sociedade, levando em conta sua diversidade política, cultural e epistemológica (TESSER; LUZ, 2008) e buscamos responder às seguintes perguntas ao longo do desenvolvimento de nosso trabalho:

Considerando as PIS como estratégias complementares de ampliação da atenção integral à saúde, sobretudo como ferramentas terapêuticas, promocionais, preventivas e de apoio à resolubilidade da assistência, a oferta de Acupuntura, nos moldes atuais do DF, contribui para o fortalecimento do princípio de integralidade no SUS?

É possível pensar alternativas de fomento à Acupuntura na APS?

Como base nessa matriz teórico-analítica, construímos duas macro categorias de análise para que servissem como ferramentas orientadoras na construção argumentativa de nossa pesquisa e evidenciassem nosso ponto de partida – as contradições e possibilidades que ensejam o princípio da integralidade –, ao tempo que sinalizassem o horizonte que se almeja construir. São essas: 1) Integralidade-Discurso; 2) Integralidades-Caminhos.

Quadro 3 – Definição das macros categorias

Integralidade-Discurso	Diagnóstico da situação atual da oferta de Acupuntura no SUS-DF, considerando o mapa de profissionais, seu perfil e as características da oferta (quantitativa e qualitativamente), evidenciando potenciais e desafios.
Integralidades-Caminhos	Possibilidades de fortalecimento da oferta de Acupuntura no SUS-DF numa perspectiva crítica à racionalidade biomédica, que contribua para a revalorização dos sujeitos, tendo em vista as potencialidades e sentidos contidos no princípio polissêmico da Integralidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2 ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE PESQUISA

5.2.1 Coleta de Dados

A primeira etapa consistiu no mapeamento dos serviços de Acupuntura da SES-DF e na busca por profissionais com formação ou especialização em Acupuntura que possuísem vínculo formal com quaisquer unidades de saúde do SUS do DF. Essa etapa deu-se em quatro passos: 1) Consulta ao portal eletrônico do CNES; 2) Consulta ao gestor da GERPIS da SES-DF; 3) Consulta ao responsável técnico distrital da Acupuntura da SES-DF; 4) Também se deu a partir do nosso conhecimento prévio de alguns profissionais de Acupuntura, os quais foram contatados via telefônica e estimulados a se tornarem interlocutores-chave no processo de identificação de outros profissionais.

Foi confirmada a existência de 17 profissionais médicos (as) acupunturistas pelos registros do responsável técnico da especialidade na SES-DF e identificados outros 15 profissionais com formação em acupuntura que não constavam nos dados oficiais.

A segunda etapa da coleta de dados consistiu na aplicação de questionário por meio de formulário *Google Forms* a esses profissionais de Acupuntura identificados e vinculados ao SUS do DF. Foi solicitado, ademais, via Lei de Acesso à Informação (LAI), o quadro oficial de acupunturistas ativos na rede e a produtividade da Acupuntura no SUS do DF entre os anos 2013 e 2019, com o objetivo de explicitar a oferta e traçar um quadro evolutivo suscetível de análise descritiva. Optamos por esse recorte temporal para minimizar impactos na oferta que pudessem estar relacionados com o contexto de pandemia pelo SARS-Cov 2.

5.2.2 Diagnóstico da oferta de Acupuntura no SUS-DF

Na fase quantitativa do estudo, procuramos traçar o perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de Acupuntura mapeados, através de análise descritiva da amostra, baseando-nos nos dados coletados nos questionários e compilados com o apoio do aplicativo *Google Planilhas*, consolidados e expostos em números percentuais e absolutos distribuídos de forma descritiva. Ao mesmo tempo, realizamos análise descritiva dos indicadores de produtividade da oferta de Acupuntura no SUS-DF entre 2013 e 2019. Abaixo, no Quadro 4, organizamos as variáveis utilizadas na fase de diagnóstico da oferta e as fontes de onde foram retiradas as informações.

Quadro 4 – Diagnóstico da oferta de Acupuntura no SUS-DF

	VARIÁVEIS	FONTES
Mapa dos profissionais com formação em Acupuntura vinculados à SES-DF.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de profissionais com formação em Acupuntura vinculados à SES-DF. - Distribuição dos profissionais com formação em Acupuntura vinculados à SES-DF. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Portal eletrônico do CNES; 2) Consulta ao gestor da GERPIS da SES-DF; 3) Consulta ao responsável técnico distrital da Acupuntura da SES-DF; 4) Conhecimento prévio de alguns profissionais de Acupuntura, os quais foram contatados via telefônica e estimulados a se tornarem interlocutores-chave no processo de identificação de outros profissionais. 5) Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos – SIGRH (informações solicitadas via LAI).
Perfil dos profissionais de Acupuntura do SUS-DF	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo. - Idade. - Formação. - Tempo de graduado. - Vínculo com a SES-DF. - Tempo de trabalho no SUS-DF. - Especialidades ou pós-graduação. - Ano de formação em Acupuntura. - Título de especialista em Acupuntura pela CMBA. 	<p>Aplicação do questionário aos profissionais mapeados.</p>
Oferta de Acupuntura SUS-DF	<ul style="list-style-type: none"> - Número de profissionais de Acupuntura segundo lotação. - Procedimentos ofertados por UBS e total da produtividade. - Unidades ofertantes. 	<p>Sistema SIA/SUS e e-SUS AB (informações solicitadas via LAI).</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.3 Análise do Discurso

Seguindo as pistas levantadas pela utilização de nossa matriz teórico-analítica mencionada acima, decidimos por incluir duas perguntas abertas no questionário da pesquisa com o intuito de – por meio de Análise do Discurso das respostas dos participantes – evidenciar encontros e desencontros, implicações e tensionamentos que pudessem existir entre a Acupuntura e o princípio da Integralidade, a fim de tornar possível e guiar, ao mesmo tempo, a construção das demais categorias de análise do nosso estudo.

Pareceu-nos relevante explicitar possíveis diferenças entre o modelo atualmente vigente no DF, de uma Acupuntura biomédica com presença predominante em hospitais e policlínicas, e a possibilidade de uma Acupuntura potencialmente fortalecida em tanto PIS, com ênfase na APS, como recomendam a políticas indutoras de PICs e a OMS.

Por isso, perguntamos aos participantes da pesquisa: *Por que é importante incrementar a oferta de Acupuntura no SUS-DF? Qual a importância do princípio da integralidade no SUS?* Vale ressaltar que somente 16 dos 32 profissionais mapeados (50%) responderam ao questionário da pesquisa via *Google Forms*.

Seguindo o eixo de construção analítica que acabamos de citar, realizamos revisão bibliográfica dos principais autores que discutem os temas Racionalidades Médicas e Integralidade, e terminamos por definir as demais categorias de análise que direcionariam o restante de nossa edificação argumentativa. São essas: 1) Acupuntura/MTC: potenciais e desafios. 2) Revalorização dos Sujeitos.

Na perspectiva teórica da Análise de Discurso (AD) pode-se perceber a existência de unidades características linguísticas, dentre elas, a polissemia, que constrói ambiguidades a fim de ocultar verdadeiras intenções e sentimentos. A AD permite captar o sentido não explícito no discurso, por tanto como forma de aproximação dos processos por meio da interpretação da linguagem. A saúde, como campo constituinte da realidade social, demanda conhecimentos distintos e ao mesmo tempo integrados, tornando a análise qualitativa em saúde especialmente importante (MACEDO et al., 2008).

Dentre as possibilidades de análise na pesquisa qualitativa, a AD, como método de compreensão dos fenômenos, pode colaborar com a reflexão sobre as condições de produção e apreensão do significado produzidos nos mais variados campos, entre eles o da saúde (MINAYO, 2004). Recurso metodológico que pode ser especialmente valioso ao se pretender estudar o princípio da integralidade, conceito impregnado de polissemia (TESSER; LUZ, 2008).

Explicitar distanciamentos e contradições entre o discurso institucional, individual e a práxis dos serviços, sustentados em dados e elementos concretos da nossa realidade, pode ser um primeiro passo para transformá-la.

5.2.4 O Campo e os Participantes da Pesquisa

Foram contempladas todas as unidades que compõem o SUS do DF. A organização territorial sanitária do DF se divide em 7 Regiões de Saúde: Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste, sendo a Região de Saúde Sudoeste a mais populosa, albergando 26,68% (792.962 habitantes) da população do DF, e a Região de Saúde Leste, a menos populosa, com 7,78% (231.167 habitantes). Atualmente, a SES-DF registra 215 estabelecimentos de saúde no total, sendo 11 Hospitais Gerais, 172 UBS e 1 CERPIS, com oferta oficial de PIS em 54,91% destes (PDS, 2019).

Figura 1 – Estabelecimentos de Saúde SES-DF, 2018

- Serviços da Rede de Atenção Psicossocial por Região de Saúde, 2018.

Estabelecimento	Regiões de Saúde							Total
	Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sul	Sudoeste	
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	3	2	2	3	2	1	5	18
Centro de Saúde/UBS (*)	10	19	28	34	26	22	34	173
Clínica e Ambulatórios especializados	3	0	0	3	2	0	3	11
Hospital Geral	1	1	1	2	2	2	2	11
Posto de Saúde	0	0	0	2	0	0	0	2
Total Geral	17	22	31	44	32	25	44	215

Fonte: GECAD/DICS/CCSGI/SUPLANS/SES-DF. Dados extraídos do CNES/DATASUS, referentes a competência de dezembro de 2018. Nota: (*) 01 - Centro de Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS) e 172 UBS.

Os critérios de inclusão como participantes da pesquisa foram: médicos (as) ou odontólogos (as) com formação em Acupuntura/MTC vinculados oficialmente a qualquer unidade da rede pública de saúde do DF no momento de aplicação do questionário. Os critérios de exclusão: não ter formação em Acupuntura e/ou não possuir vínculo formal com unidades de saúde do SUS no DF no momento de aplicação do questionário, assim como fazer parte de outras categorias que não médica ou odontológica. Para preservar seu anonimato, identificamos as respostas dos participantes da pesquisa com a letra A, seguida pelos números arábicos consecutivos em ordem crescente (A1, A2, A3...), de acordo com a sequência das respostas recebidas em nossas bases de dados.

5.2.5 Diretrizes de fomento à Acupuntura na APS

Na fase de mapeamento dos serviços e profissionais de Acupuntura vinculados à SES-DF, estabeleci contato telefônico com o RTD de Acupuntura e visitei a sede da Gerência de Práticas Integrativas em Saúde. Ambos os responsáveis confirmaram não existir nenhum tipo de material gráfico informativo ou de promoção da Acupuntura em nosso meio. Tampouco o encontramos nas pesquisas e buscas que fizemos nos serviços de saúde ou pela internet.

Por isso, em consonância com a Diretriz IV da PDPIS: “Divulgação e informação de conhecimentos básicos das PIS para usuários, profissionais e gestores do SUS” (2014, p. 42), procuramos que nosso trabalho também servisse como instrumento de divulgação da Acupuntura, sobretudo na APS. Propusemo-nos elaborar uma Cartilha/*folder* de divulgação da Acupuntura/MTC para profissionais da APS, a fim de informar e sensibilizar os servidores do SUS acerca dessa relevante tecnologia de cuidado.

Ao mesmo tempo, nosso estudo buscou mapear outros profissionais vinculados ao SUS do DF com formação em Acupuntura que não constavam em estatísticas oficiais, com o intuito de explicitar potencial latente de incremento da oferta da prática, sobretudo na APS. Igualmente, apontamos caminhos e diretrizes que pudessem fomentar esse processo, baseadas na literatura disponível e nas experiências exitosas de outros municípios, tomando como ponto de partida minha própria experiência profissional.

5.3 CRITÉRIOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente – FIOCRUZ, com CAAE: 46245021.6.0000.8027, e da instituição coparticipante – FEPECS, com CAAE: 46245021.6.3001.553. Os participantes assinaram TCLE (em anexo). A pesquisa foi iniciada somente após a sua aprovação. Durante a aplicação do questionário, foi informado que a identidade dos participantes seria resguardada, sua participação seria opcional e que era possível que experimentassem algum desconforto, principalmente relacionado à exposição da sua percepção pessoal. Nesse caso, poderiam parar de responder o questionário a qualquer momento sem prejuízo algum. Foi informado aos participantes que o benefício direto esperado com essa pesquisa seria a criação de um espaço para relatar suas experiências como profissionais de acupuntura; e que os benefícios indiretos poderiam ser ter a oportunidade de contribuir para a compreensão e divulgação da Acupuntura / MTC em nosso meio.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 INTEGRALIDADE-DISCURSO

6.1.1 Perfil dos Profissionais de Acupuntura do SUS-DF

Do total de 32 profissionais de Acupuntura vinculados ao SUS do DF mapeados pelo estudo, 18 são do sexo feminino (56,3%) e 14 são do sexo masculino (43,7%), dado que contradiz a proporção encontrada nos estudos da Demografia Médica no Brasil, que sinalizam predomínio da proporção de médicos homens aqui no DF (50,5%) e em nível nacional (53,4%). Todavia, é condizente com a tendência de aumento progressivo da proporção de médicas mulheres de forma geral observada no Brasil nos últimos anos, que já são maioria na faixa etária mais jovem de até 34 anos (SCHEFFER M. et al., 2020).

Somente 16 dos 32 profissionais mapeados (50%) responderam ao questionário da pesquisa via *Google Forms*, dado que poder estar associado ao contexto de pandemia e à necessidade de sua auto aplicação (enviadas aos participantes via telefônica por meio do aplicativo *whatsapp*) e, também, por havermos notado certa desconfiança e resistência por parte de alguns atores chave envolvidos no processo, que parecem ter encontrado na pesquisa, por seu recorte, objetivos e métodos, possíveis fontes de catalisação de conflitos inerentes à prática da Acupuntura no Brasil, sobretudo no que diz respeito à sua prática médica e não médica, discussão que se distancia dos objetivos propostos por nós.

A caracterização dos 16 profissionais participantes da pesquisa é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos profissionais de Acupuntura do SUS-DF, (N=16), 2021

Idade	N	%
35	4	25
37	1	6,3
39	1	6,3
40	1	6,3
42	1	6,3
46	1	6,3
50	1	6,3
51	2	12,5
53	1	6,3
57	1	6,3
59	1	6,3
62	1	6,3

Formação		
Médico	15	93,7
Odontólogo	1	6,3
Tempo de graduado		
Mais de 5 anos	2	12,5
Mais de 10 anos	14	87,5
Vínculo com a SES-DF		
Estatutário	15	93,7
Contrato	1	6,3
Tempo de trabalho no SUS do DF		
Entre 2 a 5 anos	3	18,8
Mais de 5 anos	13	81,2
Especialidade ou pós-graduação	N	% relativa
Acupuntura	11	68,7
Medicina de Família e Comunidade	7	43,8
Ginecologia e Obstetrícia	1	6,3
Em que ano concluiu sua formação em acupuntura?		
1987	1	6,3
1999	1	6,3
2000	1	6,3
2002	1	6,3
2010	1	6,3
2011	1	6,3
2012	1	6,3
2013	1	6,3
2016	1	6,3
2019	3	18,8
2021	3	18,8
2022	1	6,3
Possui título de especialista em acupuntura pela AMB / CMBA?		
Sim	10	62,5
Não	6	37,5

Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, pode-se observar que a maioria dos

que responderam o questionário são profissionais experientes: 56,1% tem mais de 40 anos de idade e 87% tem mais de 10 anos de formado. Apesar dos estudos mostrarem uma tendência de rejuvenescimento da medicina brasileira, pelo crescimento do número de cursos e vagas de graduação de medicina, a idade média no Brasil para o médico homem é de 48 anos, e para a mulher de 42 anos; no DF, a média geral é de 44,5 anos de idade (SCHEFFER M. et al., 2020).

Nota-se que responderam o questionário 15 médicos e 1 odontólogo; desses, 93,7% são estatutários e 81,2% tem mais de 5 anos como profissional da rede pública, sendo que 9 deles (56,2%) concluíram sua formação em Acupuntura antes de 2016 e 62,5% possui título de especialista em Acupuntura pelo Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA); 43,8% possui especialização em MFC, o que reforça a afinidade da Acupuntura com os cenários e demandas da APS.

Os dados apresentados acima são condizentes com o perfil de contratação predominante na SES-DF, via concurso público, e expressam um baixo dinamismo de incorporação à rede pública de profissionais com especialidade nessa área, dada a faixa etária, o tempo de graduação e de formação em Acupuntura dos entrevistados. Vale ressaltar que o último concurso público da SES-DF para médicos especialistas em Acupuntura ocorreu em 2014, com previsão de somente 3 vagas para provimento imediato, 4 para cadastro reserva, com carga horária de 20 horas semanais, todas para unidades da Atenção Secundária ou Terciária.

6.1.2 Oferta de Acupuntura no SUS-DF

Dos 17 acupunturistas que constam em dados oficiais fornecidos e atualizados pelo responsável técnico distrital (RTD) da especialidade, 16 deles (94,1%) estão vinculados a policlínicas ou unidades de saúde hospitalares (Tabela 2).

Tabela 2 - Acupunturistas SES-DF segundo RTD da especialidade (ago/2021)

Lotação	Quantidade
HBDF	3
HRAN	2
HRS	1
HRL	1
HRP	1
CERPIS/HRP	1
Hospital de Apoio	1

Hospital do Guará	1
Policlínica Asa Sul	1
Policlínica Ceilândia	2
Policlínica Taguatinga	1
Policlínica Núcleo Bandeirante	1
Cedida para Regulação	1
Total*	17

Fonte: Elaborado pelo autor (2021). *Categoria: médico.

As informações coincidem com os dados do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) em número total (Tabela 3), com apenas pequenas discrepâncias em relação  lotação dos profissionais.

Tabela 3 - Força de Trabalho Médico-Acupuntura SES-DF

LOTAÇÃO	TOTAL SERVIDORES	C.H. TOTAL
ADMC/SAIS/ARAS	1	20
HAB/DAS/GAMAD	2	60
IHBDF/DAS/GMI/UACF	4	120
SRSCE/DIRASE/GSAS1	1	20
SRSCE/DIRASE/GSAS2	2	40
SRSCS/DIRASE/GSAS2	1	40
SRSCS/DIRASE/POLIC-NB	1	40
SRSLE/DA/GP/NSHMT	1	40
SRSNO/DIRAPS/CERPIS	1	40
SRSOE/GSAS1/POLIC-CEI I	2	60
SRSSO/DIRASE/POLIC-TAG	1	20
Total Geral	17	500

Fonte: Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos - SIGRH em 06/08/2021 (informações consignadas via LAI pela gerência correspondente, ago/21).

Nota-se que, na atualidade, Atenção Secundária e Terciária são os principais lócus da Acupuntura no SUS do DF, reafirmando seu papel de especialidade médica em diálogo permanente e bem sucedido com a racionalidade e os espaços hegemônicos da biomedicina. A atuação e presença do especialista médico em Acupuntura nos cenários hospitalares e nas policlínicas é pertinente, dada a complexidade dos adoecimentos com que lidamos na atualidade, em todos os níveis de atenção. Entretanto, sua ausência na APS, cenário que lida com até 80% dos acometimentos de saúde da população – porta de entrada por excelência do SUS – pode significar acesso socialmente desigual a essa moderna e relevante tecnologia de

cuidado (PARANAGUÁ, 2009).

A distribuição geográfica dos profissionais de Acupuntura no SUS do DF se traduz nos indicadores da oferta que expomos abaixo (Tabela 4). Atualmente, a maioria dos atendimentos em Acupuntura em nosso contexto acontece diretamente nos hospitais e policlínicas, ou por meio de encaminhamentos realizados para esses níveis dos profissionais da APS.

Tabela 4 - Produtividade Acupuntura SUS-DF sistema SIA/SUS

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
0309050014 Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas / Moxa	894	651	337	293	181	223	931	3.510
0309050022 Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas	11.902	11.847	9.531	14.337	15.121	7.183	5.158	75.079
Total	12.796	12.498	9.868	14.630	15.302	7.406	6.089	78.589

Fonte: Arq. PADF - TABWIN - DATASUS/MS (informações consignadas via LAI pela gerência correspondente)

Os indicadores de produtividade expostos acima permitem observar um declínio de quase 50% no padrão de oferta da prática em 2018 e 2019 em relação aos 5 anos anteriores, podendo estar relacionado com a Portaria 2.148 de 28 de agosto de 2017, que estabeleceu o início do envio de dados dos serviços da Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), encerrando o envio de dados para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Entretanto, os dados da produtividade do e-SUS (Tabela 5) apresentados abaixo não são suficientes para explicar esse acentuado decréscimo.

Pode-se levantar a hipótese de que a migração do Hospital de Base (principal centro de referência em Acupuntura fora da APS no DF) para o IGES-DF tenha impactado no registro desses dados. Outra possibilidade seria pensar na falta de registro de alguns profissionais ofertantes, fato que nos parece improvável pela magnitude da discrepância analisada; ou, ainda, na suspensão da oferta do serviço em algumas unidades da Atenção Secundária.

Pode-se observar, também, que os registros de atendimento em Acupuntura não aparecem discriminados para a APS do ano 2017 em retrospecto, sendo contabilizados em conjunto com os procedimentos realizados em outros níveis de atenção. Tampouco há discriminação da produtividade por unidade de saúde ofertante da Atenção Secundária nem da

Terciária¹². Esses fatos, todavia, não são suficientes para impedir que se chegue à conclusão de que a oferta de Acupuntura no SUS do DF acontece predominantemente fora da APS.

Nos parece importante destacar, pelas informações recebidas via LAI, a presença no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) de ao menos 5 procedimentos relacionados à Medicina Chinesa no período analisado (2013-2019).

São esses: “0101010044 – Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa”, revogado em fevereiro de 2017, dando origem ao procedimento “0101050011 – Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa” (deixando de constar como “Educação em Saúde”, incorporado como “Forma de Organização: Práticas integrativas e complementares”; “0309050235 – Tratamento em Medicina Tradicional Chinesa”, para o qual não foi identificado registro de produtividade no período analisado; “0309050014 – Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas / Moxa” e “0309050022 – Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas”.

¹² Pela tradição e coesão do serviço de Acupuntura do HBDF, que inclusive conta com um programa de Residência Médica, devemos assumir que a maior parte do registro de procedimentos elencados na Tabela 4 corresponde aos atendimentos realizados nessa unidade. Seria de interesse de nossa pesquisa conhecer os dados da oferta das policlínicas e demais hospitais. Consideramos, por inferência, dada a dispersão desses profissionais, seu isolamento da APS e a falta de referência e contra referência observada na rede, que a oferta de Acupuntura nessas unidades não deva ser de grande magnitude.

Figura 2 - Tratamento em MTC

Procedimento

Procedimento: 03.09.05.023-5 - TRATAMENTO EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos
 Sub-Grupo: 09 - Terapias especializadas
 Forma de Organização: 05 - Práticas integrativas e complementares

Competência: 02/2019 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia Atensão Domiciliar
 Complexidade: Atensão Básica
 Financiamento: Atensão Básica (PAB)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Individualizado) AIH (Proc. Secundário)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares:

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 0,00
		Total Hospitalar:	R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
<p>Descrição</p> <p>ATENDIMENTO INTEGRATIVO E COMPLEMENTAR VINCULADO AO SISTEMA COMPLEXO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA QUE ADOTA ABORDAGEM TERAPÊUTICA MILENAR, DE ORIGEM CHINESA, QUE TEM A TEORIA DO YIN-YANG E A TEORIA DOS CINCO ELEMENTOS COMO BASES FUNDAMENTAIS PARA AVALIAR O ESTADO ENERGÉTICO E ORGÂNICO DO INDIVÍDUO, NA INTER-RELAÇÃO HARMÔNICA ENTRE AS PARTES, VISANDO TRATAR QUAISQUER DESEQUILÍBRIOS EM SUA INTEGRALIDADE. UTILIZA COMO PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS, NA ANAMNESE INTEGRATIVA, PALPAÇÃO DO PULSO, INSPEÇÃO DA LÍNGUA E DA FACE, ENTRE OUTROS; E, COMO PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS, ACUPUNTURA, VENTOSATERAPIA, MOXABUSTÃO, PLANTAS MEDICINAIS, PRÁTICAS CORPORAIS E MENTAIS, DIETOTERAPIA CHINESA.</p>										

Fonte: SIGTAP.

Um ponto positivo é que os três últimos procedimentos relacionados especificamente à oferta de Acupuntura, mencionados acima (“0309050235”, “0309050014” e “0309050022”), constam em sua descrição no sistema como “Forma de Organização: Práticas integrativas e complementares”. Entretanto, o procedimento “0309050235 – Tratamento em Medicina Tradicional Chinesa” consta como “Complexidade: Atensão Básica”, “Financiamento: Atensão Básica (PAB)”; e os outros dois como “Média Complexidade”, “Financiamento: Média e Alta complexidade”.

Figura 3 - Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas / Moxa

Procedimento

Procedimento: 03.09.05.001-4 - SESSÃO DE ACUPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos
 Sub-Grupo: 09 - Terapias especializadas
 Forma de Organização: 05 - Práticas integrativas e complementares

Competência: 08/2021 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia Atenção Domiciliar
 Complexidade: Média Complexidade
 Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Consolidado) BPA (Individualizado) AIH (Proc. Secundário)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares:

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 3,67	Serviço Hospitalar:	R\$ 0,00
Total Ambulatorial:	R\$ 3,67	Serviço Profissional:	R\$ 0,00
		Total Hospitalar:	R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
<p>Descrição</p> <p>TÉCNICA TERAPÉUTICA DE ORIGEM ORIENTAL QUE ESTIMULA OS PONTOS DE ACUPUNTURA POR MEIO DE AQUECIMENTO OBTIDO COM A QUEIMA DE ERVAS MEDICINAIS APROPRIADAS, APLICADAS, EM GERAL, DE MODO INDIRETO SOBRE A PELE (MOXA) OU POR SUCÇÃO NOS CANAIS DE ENERGIA (MERIDIANOS) POR VÁCUO, OBTIDA COM RECIPIENTE DE VIDRO OU PLÁSTICO UTILIZADO PARA ADERIR À SUPERFÍCIE DA PELE (VENTOSA). POR MEIO DE INTENSO RELAXAMENTO, CONCENTRAÇÃO E/OU FOCO, INDUZ A PESSOA A ALCANÇAR UM ESTADO DE CONSCIÊNCIA AUMENTADO QUE PERMITA ALTERAR UMA AMPLA GAMA DE CONDIÇÕES OU COMPORTAMENTOS INDESEJADOS COMO MEDOS, FOBIAS, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANGÚSTIA, ESTRESSE, DORES CRÔNICAS.</p>										

Fonte: SIGTAP.

Nas respectivas descrições dos procedimentos no SIGTAP não ficam claros os motivos para essa distinção (sobretudo em referência ao procedimento “0309050235”). Não sabemos se essa diferenciação de procedimentos tenha relação com a tentativa de separação e registro da prática médica da Acupuntura. O que fica claro é que existe uma tentativa de discriminação dos procedimentos de Acupuntura a serem ou não realizados na APS.

Figura 4 - Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas

Procedimento										
Procedimento: 03.09.05.002-2 - SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS										
Grupo:		03 - Procedimentos clínicos								
Sub-Grupo:		09 - Terapias especializadas								
Forma de Organização:		05 - Práticas integrativas e complementares								
Competência:		08/2021 Histórico de alterações								
Modalidade de Atendimento:		Ambulatorial			Hospitalar		Hospital Dia		Atenção Domiciliar	
Complexidade:		Média Complexidade								
Financiamento:		Média e Alta Complexidade (MAC)								
Sub-Tipo de Financiamento:										
Instrumento de Registro:		BPA (Consolidado)			BPA (Individualizado)			AIH (Proc. Secundário)		
Sexo:		Ambos								
Média de Permanência:										
Tempo de Permanência:										
Quantidade Máxima:										
Idade Mínima:		0 meses								
Idade Máxima:		130 anos								
Pontos:										
Atributos Complementares:		Exige CNS								
Valores										
Serviço Ambulatorial:		R\$ 4,13			Serviço Hospitalar:		R\$ 0,00			
Total Ambulatorial:		R\$ 4,13			Serviço Profissional:		R\$ 0,00			
					Total Hospitalar:		R\$ 0,00			
Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
<p><i>Descrição</i></p> <p>TECNOLOGIA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE QUE FAZ PARTE DOS RECURSOS TERAPÊUTICOS DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC) E ESTIMULA PONTOS ESPALHADOS POR TODO O CORPO, AO LONGO DOS MERIDIANOS, POR MEIO DA INSERÇÃO DE FINAS AGULHAS FILIFORMES METÁLICAS, VISANDO À PROMOÇÃO, À MANUTENÇÃO E À RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, BEM COMO À PREVENÇÃO DE AGRAVOS E DOENÇAS. POR MEIO DE INTENSO RELAXAMENTO, CONCENTRAÇÃO E/OU FOCO, INDUZ A PESSOA A ALCANÇAR UM ESTADO DE CONSCIÊNCIA AUMENTADO QUE PERMITA ALTERAR UMA AMPLA GAMA DE CONDIÇÕES OU COMPORTAMENTOS INDESEJADOS COMO MEDOS, FOBIAS, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANGÚSTIA, ESTRESSE, DORES CRÔNICAS.</p>										

Fonte: SIGTAP.

Pelos elementos citados anteriormente, nos parece pertinente elaborar algumas considerações antes de avançar na discussão: 1) A preservação do código de procedimento “0309050235 – Tratamento em MTC”, com impedimento de registro dos outros dois procedimentos pelo profissional da APS, pode ser uma solução para melhorar a notificação e interpretação dos dados. Entretanto, sua descrição de forma muito genérica e a ausência de registro de produtividade verificada no período analisado pode ser sintomático de sua inutilidade. 2) O fato dos procedimentos “0309050014” e “0309050022” não constarem como sendo da competência da Atenção Básica deve corresponder à tradição da Acupuntura como especialidade médica ausente dos cenários da APS. Não sabemos se esse viés pode prejudicar

o registro de produtividade da prática na APS¹³. 3) Consideramos esses dois procedimentos passíveis de ambiguidade (“0309050014” e “0309050022”), podendo ser uma solução discriminar melhor o procedimento “0309050014”, passando a ser descrito como “Sessão de Ventosaterapia / Moxibustão”. Por conter a palavra Acupuntura, alguns profissionais devem registrá-lo mesmo não tendo realizado a aplicação de ventosa ou moxa, bem menos frequente na prática diária do profissional acupunturista, sobretudo no SUS.

A APS seria responsável, pelos nossos cálculos (segundo dados comparativos entre as Tabelas 4 e 5), por aproximadamente 18% da oferta de Acupuntura no SUS-DF na atualidade, se tomarmos como referência os anos 2018 e 2019 [e-SUS 2018/2019= (1.162 + 1.312=2.474); SAI/SUA 2018/2019= (7.406 + 6.089 = 13.495)]; 2.474/13.495= 18,3%.

Tabela 5 - Produtividade Acupuntura SUS-DF registrada no e-SUS

	2017	2018	2019	TOTAL
0309050014 Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas / Moxa	0	14	27	41
0309050022 Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas	0	1.148	1.285	2.433
Total Geral	0	1.162	1.312	2.474

Fonte: e-SUS (informações consignadas via LAI pela gerência correspondente)

Atualmente, a SES-DF registra 215 estabelecimentos de saúde no total, sendo 11 Hospitais Gerais, 172 UBS e 1 CERPIS, com oferta oficial de PIS em 54,91% destes (PDS, 2019 – Figura 1). Entretanto, se tomarmos como referência a Acupuntura, e aceitarmos como unidades ofertantes mesmo aquelas que tenham registrado atendimentos apenas uma vez durante o ano (no período 2018-2019), chegaríamos à conclusão de que a prática é ofertada em 13,9% das unidades de saúde vinculadas ao SUS do DF (30 unidades em um universo de 215 estabelecimentos – Tabela 6).

¹³ Sabe-se, igualmente, que é da atribuição do médico da APS, se tiver competência e habilidades, ofertar procedimentos para alívio da dor e desativação de pontos-gatilho miofasciais, seja por meio de agulhamento a seco ou com injeção de substâncias (CULPI; MARTINELL 2018). O agulhamento a seco é a modalidade mais comum na prática do profissional de Acupuntura, sobretudo no SUS.

Tabela 6 - Unidades de saúde ofertantes de Acupuntura SUS-DF

Sudoeste	Policlínica Taguatinga
	UBS 02 Samambaia
	UBS 07 Samambaia
Oeste	Policlínica Ceilândia
Centro-Sul	Hospital do Guará
	UBS 03 Guará
	Policlínica Núcleo Bandeirante
	UBS 01 Riacho Fundo II
Central	UBS 02 Riacho Fundo I
	HRAN
	HBDF
	Hospital de Apoio
	Policlínica Asa Sul
	UBS 1 Cruzeiro
	UBS 2 Asa Norte
	UBS 01 Asa Sul
	UBS 5 Granja do Torto
	UBS 1 Lago Norte
Norte	UBS 5 Basevi Sobradinho
	UBS 1 Engenho Velho Fercal
	UBS 2 Catingueiro Fercal
	UBS 6 Lago Oeste Sobradinho
	HRS
	UBS 1 Planaltina
	UBS 4 Planaltina
	CERPIS
	HRP
Leste	HRL
	UBS 1 Paranoá
	UBS 6 Cariru Paranoá
Total Geral=30	

Fonte: e-SUS AB (PEC) e informações fornecidas pelo RTD da especialidade (ago/21). Elaborado pelo autor.

Nota-se um predomínio de unidades da APS ofertantes na região Norte (9 em total) - que fica mais evidente quando analisamos os indicadores de produtividade por unidade de saúde – reafirmando a presença histórica e a tradição de oferta de PIS e de Acupuntura nesta região, certamente devendo-se ao poder de atração do CERPIS, localizado em Planaltina.

Há unidades de saúde ofertantes de Acupuntura em quase todas as regiões de saúde do DF, a exceção da região Sul, segundo as informações expostas acima. Porém, se analisamos a produtividade registrada no e-SUS em detalhe, com discriminação das unidades de APS

ofertantes (Tabela 7 e 8), é possível se chegar às seguintes conclusões: 1) A oferta da prática acontece por iniciativa individual de profissionais capacitados em algumas unidades de saúde da APS, porém de forma bastante irregular e incipiente; 2) Observa-se o mesmo fenômeno relatado no inquérito independente sobre PICs, que encontrou oferta de PIS em apenas 8% dos municípios estudados (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Uma unidade continua a constar como ofertante da prática mesmo que o profissional tenha registrado apenas um atendimento no ano¹⁴. 3) O CERPIS é o principal centro de oferta de Acupuntura na APS aqui no DF, devendo servir como modelo para o nosso contexto. 4) Apenas 2 (duas) unidades de saúde da APS parecem ofertar Acupuntura de forma regular e constante no período estudado, superando a marca de 10 atendimentos mensais: CERPIS e UBS 6 Cariru Paranoá (vale lembrar que não há registro de procedimentos no e-SUS do ano 2017 em retrospecto).

Tabela 7 – Relatório de Procedimentos Individuais “0309050022 – Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas”

Unidade de saúde: todas Equipes: todas

Categoria: MÉDICO Período: jan./2018-dez./2019

Nível de detalhe: Unidade de saúde

Unidade de saúde	Competência	Valor	Unidade de saúde	Competência	Valor
Cerpis	01/2018	0	Cerpis	01/2019	68
Cerpis	02/2018	0	Cerpis	02/2019	85
Cerpis	03/2018	0	Cerpis	03/2019	12
Cerpis	04/2018	5	Cerpis	04/2019	130
Cerpis	05/2018	87	Cerpis	05/2019	66
Cerpis	06/2018	68	Cerpis	06/2019	75
Cerpis	07/2018	39	Cerpis	07/2019	103
Cerpis	08/2018	73	Cerpis	08/2019	84
Cerpis	09/2018	0	Cerpis	09/2019	88
Cerpis	10/2018	72	Cerpis	10/2019	106
Cerpis	11/2018	103	Cerpis	11/2019	31
Cerpis	12/2018	119	Cerpis	12/2019	107
UBS 01 Asa Sul	01/2018	0	UBS 01 Asa Sul	01/2019	0
UBS 01 Asa Sul	02/2018	0	UBS 01 Asa Sul	02/2019	0
UBS 01 Asa Sul	03/2018	0	UBS 01 Asa Sul	03/2019	0
UBS 01 Asa Sul	04/2018	0	UBS 01 Asa Sul	04/2019	1
UBS 01 Asa Sul	05/2018	0	UBS 01 Asa Sul	05/2019	0

¹⁴ O mesmo fenômeno deve se repetir em relação a outras PIS. Na UBS-2 de Samambaia, a unidade onde estou lotado como médico de família e comunidade, deixaram de acontecer os grupos de Terapia Comunitária, Yoga, Automassagem e Shantala nos últimos 5 anos. Entretanto, é provável que a unidade ainda conste como ofertante dessas PIS nas estatísticas oficiais.

UBS 01 Asa Sul	06/2018	0	UBS 01 Asa Sul	06/2019	0
UBS 01 Asa Sul	07/2018	0	UBS 01 Asa Sul	07/2019	1
UBS 01 Asa Sul	08/2018	0	UBS 01 Asa Sul	08/2019	0
UBS 01 Asa Sul	09/2018	0	UBS 01 Asa Sul	09/2019	0
UBS 01 Asa Sul	10/2018	0	UBS 01 Asa Sul	10/2019	2
UBS 01 Asa Sul	11/2018	1	UBS 01 Asa Sul	11/2019	0
UBS 01 Asa Sul	12/2018	0	UBS 01 Asa Sul	12/2019	0
UBS 01 Riacho Fundo II	01/2018	0	UBS 02 Samambaia	01/2019	0
UBS 01 Riacho Fundo II	02/2018	0	UBS 02 Samambaia	02/2019	3
UBS 01 Riacho Fundo II	03/2018	0	UBS 02 Samambaia	03/2019	5
UBS 01 Riacho Fundo II	04/2018	116	UBS 02 Samambaia	04/2019	1
UBS 01 Riacho Fundo II	05/2018	135	UBS 02 Samambaia	05/2019	2
UBS 01 Riacho Fundo II	06/2018	99	UBS 02 Samambaia	06/2019	1
UBS 01 Riacho Fundo II	07/2018	0	UBS 02 Samambaia	07/2019	0
UBS 01 Riacho Fundo II	08/2018	0	UBS 02 Samambaia	08/2019	3
UBS 01 Riacho Fundo II	09/2018	0	UBS 02 Samambaia	09/2019	0
UBS 01 Riacho Fundo II	10/2018	0	UBS 02 Samambaia	10/2019	2
UBS 01 Riacho Fundo II	11/2018	0	UBS 02 Samambaia	11/2019	0
UBS 01 Riacho Fundo II	12/2018	0	UBS 02 Samambaia	12/2019	1
UBS 02 Riacho Fundo I	01/2018	0	UBS 03 Guara	01/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	02/2018	0	UBS 03 Guara	02/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	03/2018	0	UBS 03 Guara	03/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	04/2018	1	UBS 03 Guara	04/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	05/2018	0	UBS 03 Guara	05/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	06/2018	0	UBS 03 Guara	06/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	07/2018	0	UBS 03 Guara	07/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	08/2018	0	UBS 03 Guara	08/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	09/2018	0	UBS 03 Guara	09/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	10/2018	0	UBS 03 Guara	10/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	11/2018	0	UBS 03 Guara	11/2019	0
UBS 02 Riacho Fundo I	12/2018	0	UBS 03 Guara	12/2019	2
UBS 02 Samambaia	01/2018	0	UBS 1 Cruzeiro	01/2019	0
UBS 02 Samambaia	02/2018	0	UBS 1 Cruzeiro	02/2019	0
UBS 02 Samambaia	03/2018	0	UBS 1 Cruzeiro	03/2019	0
UBS 02 Samambaia	04/2018	1	UBS 1 Cruzeiro	04/2019	0
UBS 02 Samambaia	05/2018	0	UBS 1 Cruzeiro	05/2019	0
UBS 02 Samambaia	06/2018	2	UBS 1 Cruzeiro	06/2019	0
UBS 02 Samambaia	07/2018	0	UBS 1 Cruzeiro	07/2019	0
UBS 02 Samambaia	08/2018	0	UBS 1 Cruzeiro	08/2019	9
UBS 02 Samambaia	09/2018	2	UBS 1 Cruzeiro	09/2019	10
UBS 02 Samambaia	10/2018	3	UBS 1 Cruzeiro	10/2019	17
UBS 02 Samambaia	11/2018	0	UBS 1 Cruzeiro	11/2019	3
UBS 02 Samambaia	12/2018	3	UBS 1 Cruzeiro	12/2019	2
UBS 07 Samambaia	01/2018	0	UBS 1 Engenho Velho Fercal	01/2019	0
UBS 07 Samambaia	02/2018	0	UBS 1 Engenho Velho Fercal	02/2019	0
UBS 07 Samambaia	03/2018	0	UBS 1 Engenho Velho Fercal	03/2019	0
UBS 07 Samambaia	04/2018	0	UBS 1 Engenho Velho	04/2019	0

			Fercal		
UBS 07 Samambaia	05/2018	0	UBS 1 Engenho Velho	05/2019	0
			Fercal		
UBS 07 Samambaia	06/2018	0	UBS 1 Engenho Velho	06/2019	0
			Fercal		
UBS 07 Samambaia	07/2018	0	UBS 1 Engenho Velho	07/2019	1
			Fercal		
UBS 07 Samambaia	08/2018	2	UBS 1 Engenho Velho	08/2019	0
			Fercal		
UBS 07 Samambaia	09/2018	0	UBS 1 Engenho Velho	09/2019	0
			Fercal		
UBS 07 Samambaia	10/2018	0	UBS 1 Engenho Velho	10/2019	0
			Fercal		
UBS 07 Samambaia	11/2018	0	UBS 1 Engenho Velho	11/2019	0
			Fercal		
UBS 07 Samambaia	12/2018	0	UBS 1 Engenho Velho	12/2019	0
			Fercal		
UBS 1 Paranoa	01/2018	0	UBS 1 Lago Norte	01/2019	0
UBS 1 Paranoa	02/2018	0	UBS 1 Lago Norte	02/2019	0
UBS 1 Paranoa	03/2018	0	UBS 1 Lago Norte	03/2019	0
UBS 1 Paranoa	04/2018	0	UBS 1 Lago Norte	04/2019	0
UBS 1 Paranoa	05/2018	0	UBS 1 Lago Norte	05/2019	0
UBS 1 Paranoa	06/2018	0	UBS 1 Lago Norte	06/2019	0
UBS 1 Paranoa	07/2018	1	UBS 1 Lago Norte	07/2019	0
UBS 1 Paranoa	08/2018	1	UBS 1 Lago Norte	08/2019	6
UBS 1 Paranoa	09/2018	0	UBS 1 Lago Norte	09/2019	9
UBS 1 Paranoa	10/2018	1	UBS 1 Lago Norte	10/2019	3
UBS 1 Paranoa	11/2018	2	UBS 1 Lago Norte	11/2019	3
UBS 1 Paranoa	12/2018	1	UBS 1 Lago Norte	12/2019	8
UBS 1 Planaltina	01/2018	0	UBS 1 Paranoa	01/2019	1
UBS 1 Planaltina	02/2018	0	UBS 1 Paranoa	02/2019	3
UBS 1 Planaltina	03/2018	0	UBS 1 Paranoa	03/2019	0
UBS 1 Planaltina	04/2018	0	UBS 1 Paranoa	04/2019	0
UBS 1 Planaltina	05/2018	0	UBS 1 Paranoa	05/2019	0
UBS 1 Planaltina	06/2018	0	UBS 1 Paranoa	06/2019	0
UBS 1 Planaltina	07/2018	0	UBS 1 Paranoa	07/2019	0
UBS 1 Planaltina	08/2018	0	UBS 1 Paranoa	08/2019	0
UBS 1 Planaltina	09/2018	1	UBS 1 Paranoa	09/2019	0
UBS 1 Planaltina	10/2018	0	UBS 1 Paranoa	10/2019	0
UBS 1 Planaltina	11/2018	0	UBS 1 Paranoa	11/2019	0
UBS 1 Planaltina	12/2018	1	UBS 1 Paranoa	12/2019	0
UBS 4 Planaltina	01/2018	0	UBS 2 Asa Norte	01/2019	1
UBS 4 Planaltina	02/2018	0	UBS 2 Asa Norte	02/2019	0
UBS 4 Planaltina	03/2018	0	UBS 2 Asa Norte	03/2019	0
UBS 4 Planaltina	04/2018	0	UBS 2 Asa Norte	04/2019	0
UBS 4 Planaltina	05/2018	0	UBS 2 Asa Norte	05/2019	0
UBS 4 Planaltina	06/2018	0	UBS 2 Asa Norte	06/2019	0
UBS 4 Planaltina	07/2018	0	UBS 2 Asa Norte	07/2019	0
UBS 4 Planaltina	08/2018	0	UBS 2 Asa Norte	08/2019	0
UBS 4 Planaltina	09/2018	0	UBS 2 Asa Norte	09/2019	0
UBS 4 Planaltina	10/2018	0	UBS 2 Asa Norte	10/2019	0
UBS 4 Planaltina	11/2018	31	UBS 2 Asa Norte	11/2019	0
UBS 4 Planaltina	12/2018	26	UBS 2 Asa Norte	12/2019	1

UBS 6 Cariru Paranoa	01/2018	4	UBS 2 Catingueiro Fercal	01/2019	1
UBS 6 Cariru Paranoa	02/2018	10	UBS 2 Catingueiro Fercal	02/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	03/2018	10	UBS 2 Catingueiro Fercal	03/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	04/2018	15	UBS 2 Catingueiro Fercal	04/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	05/2018	11	UBS 2 Catingueiro Fercal	05/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	06/2018	6	UBS 2 Catingueiro Fercal	06/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	07/2018	16	UBS 2 Catingueiro Fercal	07/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	08/2018	14	UBS 2 Catingueiro Fercal	08/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	09/2018	13	UBS 2 Catingueiro Fercal	09/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	10/2018	15	UBS 2 Catingueiro Fercal	10/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	11/2018	10	UBS 2 Catingueiro Fercal	11/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	12/2018	10	UBS 2 Catingueiro Fercal	12/2019	0
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	01/2018	0	UBS 4 Planaltina	01/2019	4
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	02/2018	0	UBS 4 Planaltina	02/2019	23
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	03/2018	0	UBS 4 Planaltina	03/2019	30
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	04/2018	0	UBS 4 Planaltina	04/2019	0
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	05/2018	3	UBS 4 Planaltina	05/2019	0
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	06/2018	0	UBS 4 Planaltina	06/2019	0
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	07/2018	0	UBS 4 Planaltina	07/2019	0
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	08/2018	0	UBS 4 Planaltina	08/2019	0
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	09/2018	0	UBS 4 Planaltina	09/2019	0
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	10/2018	0	UBS 4 Planaltina	10/2019	0
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	11/2018	0	UBS 4 Planaltina	11/2019	0
UBS 6 Lago Oeste Sobradinho	12/2018	0	UBS 4 Planaltina	12/2019	0
	TOTAL=	1133	UBS 5 Basevi Sobradinho	01/2019	0
			UBS 5 Basevi Sobradinho	02/2019	0
			UBS 5 Basevi Sobradinho	03/2019	0

UBS 5 Basevi Sobradinho	04/2019	0
UBS 5 Basevi Sobradinho	05/2019	0
UBS 5 Basevi Sobradinho	06/2019	0
UBS 5 Basevi Sobradinho	07/2019	0
UBS 5 Basevi Sobradinho	08/2019	0
UBS 5 Basevi Sobradinho	09/2019	1
UBS 5 Basevi Sobradinho	10/2019	0
UBS 5 Basevi Sobradinho	11/2019	0
UBS 5 Basevi Sobradinho	12/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	01/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	02/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	03/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	04/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	05/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	06/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	07/2019	4
UBS 5 Granja do Torto	08/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	09/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	10/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	11/2019	0
UBS 5 Granja do Torto	12/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	01/2019	11
UBS 6 Cariru Paranoa	02/2019	21
UBS 6 Cariru Paranoa	03/2019	16
UBS 6 Cariru Paranoa	04/2019	16
UBS 6 Cariru Paranoa	05/2019	22
UBS 6 Cariru Paranoa	06/2019	0
UBS 6 Cariru Paranoa	07/2019	12
UBS 6 Cariru Paranoa	08/2019	6
UBS 6 Cariru Paranoa	09/2019	19
UBS 6 Cariru Paranoa	10/2019	12
UBS 6 Cariru Paranoa	11/2019	9
UBS 6 Cariru Paranoa	12/2019	5
	TOTAL=	1268

Fonte: e-SUS AB (PEC). Extraído 26/08/2021

Na verdade, pela magnitude dos indicadores apresentados acima, podemos então concluir que somente 2 unidades de saúde da APS ofertaram Acupuntura no SUS do DF de forma regular e constante nos anos 2018 e 2019 (período registrado no e-SUS): CERPIS e UBS 6 Cariru Paranoá, que somadas às outras 11 unidades entre policlínicas e hospitais, totalizam 13 unidades de saúde ofertantes, num universo de 215 estabelecimentos (6,0 %).

Vale destacar a UBS 4 Planaltina, com média de oferta de 10 atendimentos mensais no final de 2018 e início de 2019; a UBS 1 Cruzeiro, no período de agosto a outubro de 2019, com média mensal parecida; e a UBS 1 Riacho Fundo II (abril, maio e junho de 2018), com oferta de mais de 100 atendimentos ao mês nesse período. Não sabemos se a inconstância no registro se deve ao deslocamento de profissionais capacitados ou à realização de atividades específicas tipo mutirão. Se consideramos essas unidades com oferta pontual em períodos específicos do ano, alcançamos a marca de 5 unidades de APS ofertantes, incrementando o percentual de unidades ofertantes em total para 7,4% (16 entre 215 estabelecimentos).

Destacamos que as discretas discrepâncias observadas entre os valores totais de produtividade entre a Tabela 5 e as Tabelas 7 e 8 (mais evidente no procedimento “0309050014 - Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas / Moxa”) devam corresponder provavelmente à tributação de procedimentos realizados fora do âmbito da APS computados pelo e-SUS (no caso da Tabela 5). De acordo com uma das gerentes da área, essa é uma hipótese plausível.

Tabela 8 – Relatório de Procedimentos Individuais “0309050014 – Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas / Moxa”

Unidade de saúde: todas

Equipes: todas

Categoria: MÉDICO Período: jan./2018-dez./2019

Nível de detalhe: Unidade de saúde

Unidade de saúde	Competência	Valor	Unidade de saúde	Competência	Valor
UBS 02 Samambaia	jan/18	0	UBS 02 Samambaia	jan/19	0
UBS 02 Samambaia	fev/18	0	UBS 02 Samambaia	fev/19	0
UBS 02 Samambaia	mar/18	0	UBS 02 Samambaia	mar/19	1
UBS 02 Samambaia	abr/18	0	UBS 02 Samambaia	abr/19	0
UBS 02 Samambaia	mai/18	0	UBS 02 Samambaia	mai/19	0
UBS 02 Samambaia	jun/18	0	UBS 02 Samambaia	jun/19	0
UBS 02 Samambaia	jul/18	0	UBS 02 Samambaia	jul/19	0
UBS 02 Samambaia	ago/18	0	UBS 02 Samambaia	ago/19	0
UBS 02 Samambaia	set/18	0	UBS 02 Samambaia	set/19	0
UBS 02 Samambaia	out/18	0	UBS 02 Samambaia	out/19	1
UBS 02 Samambaia	nov/18	1	UBS 02 Samambaia	nov/19	0
UBS 02 Samambaia	dez/18	0	UBS 02 Samambaia	dez/19	0
UBS 1 Paranoa	jan/18	0	UBS 1 Lago Norte	jan/19	0
UBS 1 Paranoa	fev/18	0	UBS 1 Lago Norte	fev/19	0
UBS 1 Paranoa	mar/18	0	UBS 1 Lago Norte	mar/19	0
UBS 1 Paranoa	abr/18	0	UBS 1 Lago Norte	abr/19	0
UBS 1 Paranoa	mai/18	0	UBS 1 Lago Norte	mai/19	0
UBS 1 Paranoa	jun/18	0	UBS 1 Lago Norte	jun/19	0
UBS 1 Paranoa	jul/18	0	UBS 1 Lago Norte	jul/19	0
UBS 1 Paranoa	ago/18	1	UBS 1 Lago Norte	ago/19	1

UBS 1 Paranoa	set/18	0	UBS 1 Lago Norte	set/19	0
UBS 1 Paranoa	out/18	0	UBS 1 Lago Norte	out/19	0
UBS 1 Paranoa	nov/18	0	UBS 1 Lago Norte	nov/19	0
UBS 1 Paranoa	dez/18	0	UBS 1 Lago Norte	dez/19	1
UBS 6 Cariru Paranoa	jan/18	0	UBS 6 Cariru Paranoa	jan/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	fev/18	0	UBS 6 Cariru Paranoa	fev/19	4
UBS 6 Cariru Paranoa	mar/18	0	UBS 6 Cariru Paranoa	mar/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	abr/18	0	UBS 6 Cariru Paranoa	abr/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	mai/18	0	UBS 6 Cariru Paranoa	mai/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	jun/18	0	UBS 6 Cariru Paranoa	jun/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	jul/18	0	UBS 6 Cariru Paranoa	jul/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	ago/18	2	UBS 6 Cariru Paranoa	ago/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	set/18	1	UBS 6 Cariru Paranoa	set/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	out/18	4	UBS 6 Cariru Paranoa	out/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	nov/18	1	UBS 6 Cariru Paranoa	nov/19	0
UBS 6 Cariru Paranoa	dez/18	1	UBS 6 Cariru Paranoa	dez/19	0

Fonte: e-SUS AB (PEC). Extraído 26/08/2021

6.1.3 Acupuntura/MTC: potenciais e desafios

A PNPIC (2006) estimula a inserção das PICs preferencialmente na APS. A PDPIS também reforça esse horizonte: “Desenvolver as Práticas Integrativas em Saúde (PIS) no âmbito do SUS/DF, no contexto da promoção, recuperação e reabilitação da saúde e na prevenção de agravos em todos os níveis de atenção, com ênfase na Atenção Primária” (PDPIS, 2014, p. 37). A nível nacional, quase 80% das PICs são oferecidas por profissionais das ESF; apenas 16,7% acontecem nos centros de média complexidade (policlínicas) e 3,4% nos hospitais e nos centros de alta complexidade (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Apesar dos esforços institucionais – políticos e discursivos – por estimular as PIS, com ênfase na APS, evidencia-se no DF, no caso da Acupuntura, justamente o contrário: sua ausência praticamente absoluta desse cenário.

A ausência tão marcada de profissionais de Acupuntura na APS (apenas 1 entre 17, de acordo com os dados fornecidos pelo RTD da especialidade - Tabela 2) pode ser sintomático de uma tendência de aceitação e legitimação da especialidade exclusivamente via biomedicina em nosso contexto, em detrimento do seu reconhecimento e institucionalização em tanto PIS, integrada aos princípios, preceitos e à cosmovisão da medicina e da filosofia clássica chinesa. Essa tendência, como destacam diversos autores, pode restringir a potencialidade da prática e até mesmo ser contraproducente (TESSER; BARROS, 2008; PALMEIRA, 1990).

Desde finais da década de 60 a medicina ocidental vem passando por uma crise: seja pelo distanciamento e as dificuldades de comunicação / compreensão entre terapeuta e paciente provocadas, principalmente, pela fragmentação e interposição excessiva de seu

arsenal tecnológico; seja pela incapacidade de seu paradigma de explicar e encontrar cura para diversos acometimentos (DESLANDES, 2006; PALMEIRA, 1990).

A noção de causa única para os adoecimentos, do isolamento de agentes etiológicos, profícua no início do século XX, já não se mostra adequada para a compreensão das doenças crônico-degenerativas, condições que têm ganhado cada vez mais destaque no panorama nosológico do Brasil e dos países industrializados (BOCCOLINI, 2016). Isso tem levado a ciência médica a reconsiderar os fatores ambientais e socioculturais na determinação das doenças e reconhecer o valor de outros modos de atenção à saúde com credibilidade social (TESSER; BARROS, 2008; PALMEIRA, 1990).

A valorização da Acupuntura/MTC no ocidente foi impulsionada precisamente pelo fato dela se orientar por paradigmas distintos ao da medicina “científica”, segundo analisa Guido Palmeira (1990) em seu artigo “A Acupuntura no Ocidente”. A legitimação das práticas complementares não depende somente do reconhecimento de sua cientificidade, analisa, mas também de sua utilidade terapêutica compartilhada por profissionais e usuários.

A “crise da ‘medicina científica’ e de seu paradigma mecanicista pode ser um dos fatores responsáveis pela maior aceitação da acupuntura no Ocidente” (PALMEIRA, 1990, p. 117). O autor finaliza suas conclusões afirmando que a maior colaboração que o Oriente pode trazer à medicina ocidental não está na sua técnica, mas no seu saber (PALMEIRA, 1990).

Uma das respostas dos participantes da pesquisa (à pergunta aberta do questionário “Por que é importante incrementar a oferta de Acupuntura no SUS-DF?”) ilustra o fenômeno que pretendemos analisar:

“Pois a Acupuntura é especialidade Médica reconhecida pelo CFM há 26 anos e trata o Ser Humano em sua Integralidade, ajudando-o a equilibrar os aspectos de ordem Física, Psíquica, Emocional e Energética” (A12).

Percebe-se um esforço discursivo em promover a Acupuntura como especialidade médica, por tanto, biomédica, “científica”. Porém, pela elaboração e requinte com que enuncia sua resposta, até lapidária, fica evidente existir certo desconforto e tensionamento, pouco natural, contraditório, entre a tentativa de reafirmá-la em tanto prática biomédica e a preservação de seu “teor de integralidade” (TESSER; LUZ, 2008).

Pelo emoldurado do enunciado, a pretensão de integralidade surge mais como chamamento ético, buscando validar a especialidade como prática “politicamente correta”, supostamente promotora de um cuidado holístico. A ênfase na palavra “Médica” (em maiúsculo), seguida da sigla “CFM”, entretanto, tenta reforçar seu caráter biomédico e legitimá-la a partir de um espaço de poder – hierarquizado em relação a outros saberes.

É comum a utilização do lema “cuidado multidimensional” como sinônimo de integralidade, presente tanto no discurso institucional, quanto no de alguns profissionais especializados. Pela polissemia e as dificuldades por definir integralidade como conceito, ainda, o termo pode ser usado como recurso discursivo para ocultar certas verdades: “A integralidade constitui um grave problema para a biomedicina, cujo saber esquartejou o doente e centrou sua ação nas ‘doenças biomédicas’. Aí, a integralidade está tanto mais bloqueada quanto mais especializado o ambiente” (TESSER; LUZ, 2008, p. 195).

É possível distanciar-se dos preceitos e fundamentos clássicos da Medicina Tradicional Chinesa (tidos por anacrônicos e “não científicos”) sem prejuízo das contribuições de seu sistema médico para o fortalecimento do princípio da integralidade? A Acupuntura/biomédica preserva o mesmo “teor de integralidade” da Acupuntura/MTC? Não seria esse esforço discursivo uma tentativa de ocultar o que de fato é observado na prática dos serviços do SUS, especialmente nos hospitais: o baixo “teor de integralidade” dos profissionais? (TESSER; LUZ, 2008).

Ao contrário do uso meramente retórico e evasivo do termo (“cuidado multidimensional”), o princípio da integralidade busca validar outras formas de Saber e de produção de Verdades, em perspectiva sóciohistórica e epistemológica; busca validar explicações alternativas para os problemas de saúde; busca reconhecer que outros sistemas médicos, como a homeopatia, a ayurveda e a medicina tradicional chinesa também são portadores de Razão “e de eficácia terapêutica próprias, coerentes com seu estilo de pensamento, contradizendo o senso comum de que somente a biomedicina seria portadora de racionalidade” (TESSER; LUZ, 2008, p. 196).

Estar predominantemente nos cenários hospitalares, com validação somente via biomedicina, pode, ao mesmo tempo, diminuir o potencial “desmedicalizante” da Acupuntura, ou seja, sua capacidade de minimizar os efeitos negativos do fenômeno de medicalização social, qualidade muitas vezes alardeada na construção discursiva dos profissionais da área. Vários participantes da pesquisa opinaram nesse sentido, de tentativa de reconhecimento da Acupuntura como possível instrumento “desmedicalizante”:

“Melhora de problemas crônicos e agudos, sem medicações” (A1).

“Para tentar diminuir o uso de drogas, principalmente ansiolíticos e AINES” (A2).

“Para diminuir o uso de AINES e analgésicos e outras medicações, para melhorar a pluralidade do tratamento” (A3).

“Por ser uma prática efetiva com resultados excelentes, baixo custo” (A4).

“Porque é um instrumento terapêutico muito potente, com pouca frequência de efeitos colaterais e ótimo custo benefício” (A8).

“Resolutividade” (A13).

“Porque é um tratamento que barateia o SUS e pelos benefícios clínicos gerados” (A15).

“Existe demanda por parte da população, pode evitar procedimentos mais invasivos, deve ser ofertada como uma escolha para os usuários, traz consigo a racionalidade da medicina chinesa que é mais acessível às pessoas e pode ser muito útil para o desenvolvimento do autoconhecimento e do autocuidado, associando a acupuntura com exercícios físicos e mentais, entre outras práticas da racionalidade taoísta” (A16).

Aqui nos detemos para analisar alguns elementos do discurso, a fim de evitar qualquer tipo de confusão. As respostas dos participantes podem ser interpretadas e agrupadas nos seguintes tópicos: a) intervenções médicas desnecessárias e uso excessivo de medicamentos; b) custo-benefício e eficácia geral da assistência sanitária; c) fenômeno da Medicalização. Esse fenômeno muitas vezes é compreendido pelo senso comum como uso exagerado de medicamentos ou a indicação excessiva de intervenções médicas. Mas, de forma geral, o conceito parte de um outro raciocínio, sendo equivalente à diminuição do manejo autônomo dos problemas de saúde (TESSER; BARROS, 2008).

A Acupuntura, como técnica, pode contribuir sim com a diminuição do uso de drogas farmacêuticas e ajudar no manejo clínico e na melhora de diversos problemas de saúde, qualidades amplamente reconhecidas pela literatura. Entretanto, sua oferta – principalmente no formato predominante no DF (hospitalar, biomédico) – também pode servir como instrumento a favor da Medicalização.

Apesar de autores como Tesser e Barros (2008) defenderem a “pluralização terapêutica” no SUS, ou seja, ampliação da oferta de PICs como alternativa à medicalização social na saúde, reconhecem seu limitado potencial “desmedicalizante”. Ressaltam, ainda, que se deve levar em conta a hegemonia político-epistemológica da Biociência e a disputa de mercado atualmente em curso no campo da saúde, “cuja tendência é transformar qualquer saber/prática estruturado do processo saúde-doença em mercadorias ou procedimentos a serem consumidos, reforçando a heteronomia e a medicalização” (TESSER; BARROS, 2008, p. 914).

Nota-se que nenhuma das respostas dos participantes da pesquisa, elencadas acima, menciona a palavra autonomia, diante da pergunta “Por que é importante incrementar a oferta de Acupuntura no SUS do DF?”. Uma delas fala de autoconhecimento e autocuidado (A16), mas percebe-se que o participante faz questão de ressaltar que a Acupuntura seria capaz de proporcionar esses benefícios – autoconhecimento e autocuidado – quando associada à “racionalidade da medicina chinesa” e “outras práticas da racionalidade taoísta”.

Porém, diante de uma outra pergunta aberta do questionário (“Qual a importância do princípio da integralidade no SUS?”), um dos participantes fez questão de argumentar:

“Integralidade é autonomia, consciência, participação. É o paradigma de um cuidado que busca o equilíbrio do ser consigo e com o meio natural e social. A integralidade no cuidado é o caminho do conceito de viver bem coletivo” (A5).

Essa última resposta, dada por um profissional de Acupuntura ao discorrer sobre o princípio da integralidade, evidencia um elemento de interesse para a nossa análise, a modo de conclusão: é possível perceber diferenças de implicações da Acupuntura como prática, como técnica e até mesmo como especialidade médica, absorvida pela racionalidade biomédica, e da Acupuntura-PIS, como Saber, inserida na racionalidade da MTC.

É evidente que a valorização da Acupuntura no ocidente, suas contribuições e seu possível potencial “desmedicalizante”, ou seja, como instrumento que pode auxiliar no resgate da autonomia das pessoas, possibilitando autoconhecimento, autocuidado, assim como explicação, melhora e até mesmo cura de diversos acometimentos não encontrados pela via convencional, se deva ao fato da prática estar inserida em outra racionalidade médica que não a biomédica, e por isso, ser portadora de mais integralidade quando comparada a essa última (TESSER; BARROS, 2008).

O reconhecimento da Acupuntura como Saber, enquanto PIS, como tecnologia de cuidado integrado aos conhecimentos da MTC, com seus próprios conceitos e cosmovisão, potencializa sua capacidade de colaborar como alternativa à medicalização social – assim como as outras MACs – e potencializa sua capacidade de complementar o modelo de cuidado biomédico, cada vez mais fragmentado (CARNUT, 2017; TESSER; BARROS, 2008).

Todo o esforço argumentativo de nosso trabalho por validar a Acupuntura em tanto PIS nos parece necessário como tensionamento diante da validação hegemônica em nosso meio: da Acupuntura como Especialidade Médica Hospitalar. Ou seja, especialidade biomédica. Não que exista dicotomia e contradição em relação a esse ponto: a Acupuntura deve ser ofertada em todos os níveis de atenção à saúde. Mas, talvez, esse detalhe contribua

com justificar seu distanciamento marcante da APS no DF, posto que aqui é do senso comum se confundir Atenção Básica como O Lugar das Não Especialidades.

6.2 INTEGRALIDADES-CAMINHOS

6.2.1 Revalorização dos Sujeitos

Apesar dos esforços em precisar e discutir o tema da integralidade, ele continua um princípio normativo, um chamamento ético e um slogan político. Assim, uma polissemia se esconde sob este “agregado semântico”, e as tentativas de precisá-lo ou transformá-lo em um conceito têm sido frustradas. Entretanto, problemas concretos, como o comum “baixo teor” de integralidade, conhecido dos que enfrentam os serviços, as filas, corredores e consultórios do SUS, demandam uma abordagem urgente do tema (TESSER e LUZ, 2008, p. 196).

A dupla crise mencionada por Luz (2012), crise da Saúde e da Medicina, já discutida em tópicos anteriores, tem conduzido a uma revalorização das medicinas alternativas e um crescimento das concepções psicossociais de adoecimento no interior da medicina contemporânea.

Essa busca incessante por opções e alternativas – que se sintoniza com o sentimento da maioria dos participantes da pesquisa, pelo teor das respostas expostas abaixo – possui dois vetores de interesse fundamentais para a análise: o vetor cuidador, angustiado e frustrado diante das crises, com pretensão de retomar seu papel perdido de Terapeuta (substituído pelo de profissional técnico investigador de doenças); e o vetor paciente, com desejo implícito de ser valorizado como individualidade e em suas diferentes dimensões, sem se desconectar da natureza e o meio social que o circunda (LUZ, 2012).

“[...] um cuidado que busca o equilíbrio do ser consigo e com o meio natural e social. A integralidade no cuidado é o caminho do conceito de viver bem coletivo” (A5).

“A valorização de um conceito de saúde que abarque não apenas o aspecto fisiológico ou individual, mas todos os aspectos da vida do indivíduo e da comunidade onde se insere” (A15).

Há, nesse duplo movimento, dirigido pelo princípio polissêmico da Integralidade, um intuito de humanização de ambos os lados, uma busca por harmonia e Qualidade: qualidade de vida, qualidade profissional e, por que não, existencial. Esse sentimento / movimento bilateral fica patente em uma das respostas dos participantes:

“Melhor qualidade na assistência ao usuário, e conseqüentemente ao profissional” (A1).

Há no avanço tecnológico da medicina contemporânea um viés de perda – ao parecer inevitável – na qualidade da relação médico-paciente, tão cara e tradicionalmente valorizada pela profissão (LUZ, 2012). Investe-se tempo valioso na investigação das doenças (objetivo central da prática médica atual), em solicitar e avaliar resultados de exames complementares, restando pouco espaço real para a escuta qualificada e o escrutínio atento do sujeito e de suas “agendas ocultas” (MODESTO; COUTO, 2016). Perde-se, em cada encontro, a oportunidade de enriquecimento do arsenal cognoscente do profissional através da escuta e da análise, habilidades fundamentais para apreender o sofrimento humano e conduzi-lo por um caminho de emancipação (FANON, 2020).

Nessa busca por alternativas, quer dizer, integralidade, percebe-se, também, uma intenção de diálogo, ou até mesmo uma vontade de comunicação entre ambos os lados:

“Compreender o processo de adoecimento do usuário e poder propor alguma intervenção” (A9).

“Vejo a integralidade como as várias formas e níveis de cuidados, exames, abordagens, racionalidades etc., mas também, como a abordagem integral do ser humano em seus diversos aspectos como o corpo, as emoções, a mente, a atenção, a intenção e a espiritualidade. A importância disso é poder contemplar a diversidade dos seres humanos e ofertar as formas de cuidados mais pertinentes para cada caso” (A16).

Há, igualmente, tentativa de (auto) compreensão, ancorada no desejo de (se fazer) entender de verdade (pelo) o Outro:

“É importante para que ultrapasse o foco na cura, abrangendo a melhora e palição, com respeito às questões sociais, familiares, etc, chegando a uma oferta mais completa e adequada” (A3).

Ao contrário do que é propagandeado pela medicina biotecnológica, foi no cenário de "escassez" que desenvolvemos nossas melhores habilidades clínicas, propedêuticas, terapêuticas e comunicacionais. A arte médica sempre foi, classicamente, desde Hipócrates, a arte de

“Cuidar de pessoas, não de doenças” (A6).

E o que pode ser mais urgente do que restituir a assistência sanitária como atividade de seres humanos, por seres humanos, para seres humanos? Essa frase lacônica e emblemática de um dos profissionais participantes, quando inquirido acerca da importância do princípio da

integralidade, serve muitas vezes de slogan, utilizado em congressos e atividades promocionais de médicos/as de família e comunidade.

Como se nesse lema, analiso, também viesse embutido um aviso: eu, profissional da saúde, também sou Pessoa!

A mercantilização e mecanização da assistência médica moderna, de mãos dadas com seu paradigma, nos colocam diante de um verdadeiro paradoxo ético (LUZ, 2012). Ao reproduzir a lógica de cuidado hegemônica, contribuimos para bem dos processos enfrentados por cada indivíduo ou servimos como obstáculo em sua busca por qualidade de vida e autonomia?

Na medida em que o modelo biomecânico progressivamente incorpora alta tecnologia, cria barreiras no processo de anamnese e exame clínico, interferindo na relação entre o profissional e o paciente. Essa interferência requalifica o trabalho com o sofrimento humano, sobretudo escondendo-o. Para vivenciá-lo como elemento constitutivo nuclear da condição humana é providencial e talvez necessário o desenvolvimento de práticas não-biomédicas que re-humanizam o sofrimento, inclusive, como fundamento da gnose do processo de saúde e doença (TESSER; BARROS, 2008, p. 917).

Contribuir com a elaboração e resignificação do sofrimento humano – em substituição à posição de combate e negação instigada pelo saber biomecânico (como se a doença não fizesse parte do todo do sujeito em questão) – através da escuta integral e de uma posição terapêutica, contribuindo com a elaboração simbólica, a educação psicossomática, o autoconhecimento e o senso crítico do indivíduo, na relação com seus sintomas, doenças e com o meio, pode conduzi-lo pelo caminho do resgate da sua autonomia, quimera perseguida pelos profissionais da saúde, em especial da Atenção Básica.

Há na ampliação da APS e na oferta de PIS – ambas portadoras de afinidades eletivas, segundo Tesser e Sousa (2012) – tentativas implícitas de tensionamentos complementares que estabeleçam uma dialética virtuosa e em sentido oposto ao esmagamento das individualidades causado pelo modelo de cuidado hegemônico. Posto que menos dependentes de tecnologias duras, requerem melhores performances interpretativas e comunicacionais, ou seja, de mais sofisticação humana para alcançarem os objetivos propostos, inevitavelmente realocando os sujeitos como centro do processo de cuidado (LUZ, 2005).

A validação das PIS é facilitada em nosso meio por se aproximarem do universo simbólico dos pacientes (TESSER; BARROS, 2008) e sua convivência nos serviços de saúde, além de contribuir com o reposicionamento dos sujeitos, eleva o "teor de integralidade" dos círculos esotéricos de cuidado (TESSER; LUZ, 2008).

"(...) assistir esse público de maneira mais completa, física, energética, espiritualmente" (A2).

"Garantir que os usuários tenham acesso a atendimento a todas as suas necessidades, por meio da maior variedade de abordagens, pautadas em evidências, respeitando a diversidade cultural" (A8).

Esse interesse renovado pelo sujeito, com incremento do “teor de integralidade” dos profissionais, pode servir como freio às forças centrífugas do paradigma biomédico em favor da fragmentação da pessoa e da medicalização (LUZ, 2012), tornando-o mais capaz, de forma complementar e sinérgica – em analogia com a política de redução de danos – de promover saúde, com menos chance de iatrogenias (TESSER; BARROS, 2008).

"Essencial para consolidação do modelo promocional em saúde, entendendo saúde não como ausência de doenças" (A10).

Podem servir, ademais, como reforço às habilidades e ferramentas, eixos e contrapontos fundamentais e de uso comum do profissional da APS, a saber: Medicina Narrativa,¹⁵ Método Clínico Centrado na Pessoa e Prevenção Quaternária (TESSER; NORMAN, 2020).

É válido ressaltar, também, que muitos sintomas e acometimentos abordados na APS são de ordem indiferenciada, não sendo possível estabelecer uma explicação fisiopatológica específica para eles nos moldes convencionais. Um interessante estudo brasileiro realizado no município de Betim-MG revela que quase 30% dos motivos de consulta na APS se devem a problemas gerais ou inespecíficos (LANDSBERG et al., 2012).

Nesse contexto, as contribuições das práticas e medicinas de paradigma vitalista podem se dar em duplo sentido: tanto no enriquecimento interpretativo e terapêutico de sintomas e acometimentos sem explicação pela via convencional, quanto no incentivo à observação ativa e à auto cura de alguns problemas de saúde, reduzindo intervenções desnecessárias (TESSER; NORMAN, 2020; TESSER; BARROS, 2008).

"Permitir que o indivíduo possa ser contemplado no seu cuidado a saúde de maneira integral, multiprofissional, observando os aspectos biopsicossociais e ofertando a ele e à comunidade todas as possibilidades de cuidado nos vários pontos disponíveis da nossa RAS" (A11).

¹⁵ O conceito Medicina Narrativa “foi cunhado por Rita Charon, professora de medicina da Universidade de Columbia (EUA) no início dos anos 2000 e desde então, a Medicina Narrativa parece ter constituído o eixo dominante no campo das Humanidades Médicas, ao ser evocada como contraponto aos excessos da Medicina Baseada em Evidências (Evidence Based Medicine – MBE)” (STELET, 2020, p. 20).

A convivência e interação com as práticas integrativas nos serviços do SUS, que estimula o cuidado multiprofissional, pode influenciar o paradigma biomédico a recuperar elementos de seu paradigma clássico. Ainda que esse convívio possa derivar em sincretismo médico (forma típica de integração cultural da pós-modernidade), segundo analisa a pesquisadora Madel T. Luz (2012), um dos resultados práticos poderá ser o reposicionamento do paciente como centro do objeto de investigação e objetivo de intervenção diagnóstica e terapêutica.

“Atender os mais variados clientes” (A13).

“Cuidado multidimensional” (A14).

Percebe-se – pelo teor das respostas dos participantes transcritas acima – elementos que apontam para diferentes significados, palavras, caminhos, ideias e noções relacionadas ao princípio da integralidade. Podem-se identificar bandeiras gerais sintetizadas em suas respostas: humanização, promoção de saúde, qualidade da assistência, comunicação, coordenação do cuidado, diversidade, multidimensionalidade, espiritualidade, inserção comunitária, familiar e social, harmonia, equilíbrio, democratização.

Fica evidente não existir um consenso em relação ao tema, no caso dos participantes. Essa pluralidade de definições e as dificuldades por conceituar integralidade de forma clara e coerente pode querer representar – na perspectiva de análise que desenvolvemos aqui – necessidades práticas dos profissionais, independente das tentativas de elaborações teóricas sobre o termo. Ou seja: pulsões ainda não elaboradas, vontades e desejos que se aproximam da consciência como intuição. Integralidade parece simbolizar um mal estar pouco definido, até mesmo uma resistência inconsciente diante de um fenômeno antinatural, porém típico da medicina contemporânea: sua excessiva standardização.

Em todo esse movimento de tentativas de definição do princípio da integralidade, tanto dos participantes da pesquisa, quanto dos autores que discutem o tema (CARNUT, 2017; TESSER; LUZ, 2008; PINHEIRO; MATTOS, 2007), é possível perceber elementos de inquietação diante do desconhecido. Há certa perplexidade instrumental diante da vastidão e dos mistérios inerentes aos processos de manutenção e perda da saúde, paradoxalmente mais complexos apesar dos avanços tecnológicos. Integralidade parece querer representar, em síntese, a cristalização de nossas insuficiências teóricas e metodológicas. Ou até mesmo, nossas angústias diante de uma vontade utópica e inalcançável, mas que se mostra premente: singularização do cuidado.

Carnut (2017) faz um resumo das concepções de integralidade presentes em diferentes documentos oficiais: cuidado biopsicossocial, acesso a todos os níveis de atenção do sistema, tentativa de integração de ações preventivas e curativas, entre demanda espontânea e demanda programada, entre atividades clínicas e de campo na APS.

A polissemia e as definições difusas e complexas do termo ao longo dos anos podem ser analisadas, em perspectiva de contexto – e em consonância com a realidade observada nos serviços de saúde – como tentativas oficiais de ocultação discursiva das contradições políticas e econômicas que permeiam o SUS. “Algo deve mudar para que tudo continue como está”, parafraseando a Lampedusa.

Apesar das incongruências e tendências apontadas, e do abismo observado entre o discurso oficial e as dificuldades por torná-lo realidade na ponta do sistema, discutir o princípio da integralidade e a oferta de PIS no SUS, sobretudo na APS, é

(re)existir. É reinventar-se e projetar-se para os anos vindouros. A qualificação das armas do argumento com as evidências aqui trazidas faz a defesa do cuidado integral fundante para todos os cidadãos que desejam um futuro melhor para si e suas próximas gerações. Somente assim, é possível avançar na conquista da cidadania (CARNUT, 2017, p. 1184).

Neste sentido, a Acupuntura/MTC, como tecnologia de cuidado, ou melhor, como tecnologia híbrida de cuidado – posto que biomédica, vitalista e integrativa ao mesmo tempo – pode se colocar como alternativa valiosa nesse caminho de reencontros em direção ao futuro que se almeja, contribuindo com devolver ao profissional de saúde sua posição perdida de Terapeuta; e, ao paciente, sua condição de Sujeito revalorizado em sua totalidade.

6.2.2 Diretrizes de fomento à Acupuntura na APS

Em consonância com a Diretriz IV da PDPIS: “Divulgação e informação de conhecimentos básicos das PIS para usuários, profissionais e gestores do SUS” (2014, p. 42), buscamos que nosso trabalho também servisse como instrumento de divulgação da Acupuntura em nosso meio, sobretudo na APS. Por isso, propusemo-nos elaborar uma Cartilha/*folder* de divulgação da Acupuntura/MTC para profissionais da APS (Anexo A), a fim sensibilizar os servidores do SUS acerca dessa relevante tecnologia de cuidado.

Autores como Cunha (2005) defendem a pertinência da Acupuntura como ferramenta integrada à Atenção Básica, contribuindo para a clínica ampliada, ancorada nos princípios da política de Humanização da assistência e da PNPIC. Tal perspectiva coincide com a opinião de um dos participantes da pesquisa, quando inquirido sobre a importância de incrementar a oferta de Acupuntura:

"São inúmeras as evidências do tratamento por Acupuntura num amplo espectro de patologias e formas de sofrimento humano. A Acupuntura caminha no sentido de ampliar a capacidade de homeostase do ser humano, pela mobilização da farmácia endógena e da neuromodulação. Nesse sentido, é essencial para a construção da clínica ampliada e da integralidade no cuidado". (A5)

Outros autores também acreditam que o caminho para o incremento da oferta de Acupuntura, assim como de outras PIS, seja pelo estímulo à sua realização institucionalizada na APS (TESSER; BARROS, 2008; SANTOS; TESSER, 2012).

Um dos objetivos secundários de nosso trabalho (objetivo que se sedimentou ao longo da escrita, das análises e discussões) é contribuir com um possível processo de expansão e capilarização da Acupuntura aqui no DF, ancorado numa "atitude de ampliação de acesso" proposta pelo MS (PNPIC, 2015). Sobretudo, para que a Acupuntura/MTC tenha uma maior presença na Atenção Básica, nível de atenção onde pode ser especialmente útil, tanto pelos benefícios diretos e indiretos da prática, quanto por seu caráter integrativo.

Por isso, mapeamos profissionais com formação em Acupuntura que pudessem servir de ponte ou de unidades sensibilizadoras / catalisadoras nesse processo. Seria um primeiro passo. Foram identificados pelo estudo 15 profissionais (14 médicos e 1 odontólogo) com formação em Acupuntura que não constavam em dados oficiais, sendo que 9 deles estão vinculados a unidades de saúde da APS (Tabela 9) – um deles é gerente da unidade (CERPIS) e não sabemos se também atua como profissional ofertante.

Tabela 9 – Profissionais de Acupuntura ausentes dos dados oficiais

Lotação	Quantidade	Categoria
UBS 1 Lago Norte	2	médico/a
UBS 1 Vicente Pires	1	médico/a
UBS Granja do Torto	1	médico/a
UBS 2 Samambaia	1	médico/a
UBS 5 Samambaia	1	médico/a
UBS 1 São Sebastião	1	médico/a
NASF sobradinho	1	odontólogo
CERPIS	1	médico/a
CAPS-AD Candangolândia	1	médico/a
Policlínica Lago Sul	1	médico/a
HuB	1	médico/a
Hospital de Apoio	2	médico/a
HBDF	1	médico/a
	15	TOTAL

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

A PDPIS prevê duas modalidades de inserção das PIS, como se pode observar no parágrafo que segue: “Assegurar que as PIS sejam exercidas por profissionais de saúde devidamente habilitados por meio de cursos de capacitação ou com formação específica, ou por profissionais contratados através de certames públicos para esse fim” (PDPIS, 2014, p. 40).

Em nosso contexto, no caso da Acupuntura, tem se privilegiado a 1) estratégia de ampliação da oferta via concurso público e a contratação específica de especialistas na área (quase sempre para cenários hospitalares), em detrimento de outras modalidades de implantação de PICs via 2) incentivo institucional, identificação de atores interessados e profissionais capacitados na rede, com utilização de ferramentas e espaços de cogestão participativa e educação permanente, com ênfase na APS (SANTOS; TESSER, 2012).

Tesser, Sousa e Nascimento (2018, p. 180) até mesmo contraindicam a primeira modalidade como estratégia de expansão da oferta:

O quarto tipo de inserção ocorre quando uma ou mais PIC estão em ambulatórios especializados (biomédicos ou só de PIC, estes existentes em poucas cidades) e hospitalares, para os quais os usuários são referenciados. Os ambulatórios de especialidades com homeopatas e acupunturistas exemplificam esse tipo. Todavia, seu isolamento habitual da APS e a tendência de superlotação contraindicam este modo de inserção como via de expansão das PIC no SUS. Embora o exercício especializado delas seja necessário, ele deve ocorrer associado com matriciamento, para socialização desses saberes/práticas e negociação das referências e contra referências.

O Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS do MS (2018), assim como Santos e Tesser (2012) com sua experiência em Florianópolis, recomendam a segunda modalidade como caminho frutífero para o incremento da oferta de PICs nos municípios. Inclusive, desenvolveram e sistematizaram metodologias para facilitar esse processo.

Os autores – e também o Manual – delimitam fases para o processo de implantação das PICs nos municípios. Dentre as primeiras, estaria uma fase de definição da proposta e da escolha de um núcleo responsável, de preferência multiprofissional, que sirva como núcleo sensibilizador / catalisador. Posteriormente, sugerem que se realize uma fase de análise situacional, em que recomendam a identificação de profissionais interessados, e também de profissionais que se capacitaram por conta própria em alguma PIC, mas que não ofertam por

falta de estímulo institucional ou outros motivos. A experiência dos autores demonstrou que o aproveitamento desses profissionais contribui para uma melhor sensibilização e institucionalização das PICs nos serviços (SANTOS; TESSER, 2012).

Um bom começo se dá pelo reconhecimento, “valorização, diálogo e empoderamento desses profissionais para que não só possam praticar o que sabem em termos de PIC, mas também que contribuam com sua expertise na sensibilização e capacitação de seus colegas na implantação das PIC” (SANTOS; TESSER, 2012, p. 3015).

O processo de implantação das PICs, entretanto, está permeado por diversas complexidades, sobretudo culturais, alertam os autores. Mesmo havendo políticas indutoras para a oferta de PIS, e profissionais capacitados vinculados à rede, a realidade dos serviços do SUS impõe limitações, sobretudo no que diz respeito aos processos de trabalho, à necessidade de pactuação constante entre os diferentes atores envolvidos, incluindo usuários, e também pelas perenes influências eleitorais e políticas, que tendem a moldar e condicionar o curso de implementação dos programas (SANTOS; TESSER, 2012).

É necessária uma estratégia institucional desenhada a longo prazo, enfatizam os autores, no sentido de primeiro, legitimar os profissionais que já oferecem alguma prática integrativa por iniciativa individual em seus serviços; e em segundo lugar, de se construir sua sustentabilidade cultural, administrativa e política, baseada no diálogo constante e na transparência (SANTOS; TESSER, 2012).

Dos profissionais de Acupuntura participantes da nossa pesquisa, 18,8% responderam que ofertavam Acupuntura nas suas unidades de saúde apenas eventualmente, 12,5% responderam que ofertam raramente e 12,5%, que nunca ofertam. Desprende-se deste dado que aproximadamente 43,8% entrevistados não ofertam Acupuntura em suas unidades de saúde no momento atual. Dos motivos apresentados pelos profissionais, aparecem em destaque: falta de apoio institucional (31,3 %), dificuldade de gestão das agendas (25%) e ausência de espaço físico adequado (18,8%).

Essas informações podem apontar para a necessidade de um maior apoio institucional e gerencial de todos os níveis no nosso contexto, se realmente houver interesse em promover acesso à Acupuntura/MTC e alinhar o discurso institucional com a realidade dos serviços. É fundamental propor ajustes na nossa macro estratégia que nos faça menos dependentes dos concursos públicos para a contratação específica de especialistas na área, com ênfase na Atenção Secundária e Terciária. É possível um melhor aproveitamento do potencial latente

observado na rede, principalmente na APS, via cogestão participativa, matriciamento e educação permanente.

7 CONCLUSÕES

A oferta de Acupuntura/MTC pode contribuir para a revalorização dos sujeitos e colaborar como alternativa à medicalização social e à fragmentação do cuidado. Sua validação hegemônica aqui no DF, porém, via biomedicina – com presença predominante nas policlínicas e hospitais – pode neutralizar esses potenciais. A oferta de Acupuntura/MTC, legitimada em tanto PIS, com ênfase na APS, se sintoniza com a PNPIC, a PDPIS e recomendações da OMS, contribuindo com o fortalecimento do princípio da integralidade no SUS.

A oferta de Acupuntura no SUS do DF acontece predominantemente fora da APS, sendo o HBDF nossa principal referência. A oferta da prática acontece por iniciativa individual de profissionais capacitados em algumas unidades de saúde da APS, porém de forma bastante irregular e incipiente. Observamos o mesmo fenômeno relatado no inquérito independente sobre PICs, que encontrou oferta em apenas 8% dos municípios estudados (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Uma unidade continua a constar como ofertante de PIS, no nosso caso de Acupuntura, mesmo que o profissional tenha registrado apenas um atendimento no ano.

O CERPIS é o principal centro de oferta de Acupuntura na APS aqui no DF, devendo servir como modelo para o nosso contexto. Apenas 2 (duas) unidades de saúde da APS ofertaram Acupuntura de forma regular e constante no período analisado: CERPIS e UBS 6 Cariru Paranoá, que somadas às outras 11 unidades entre policlínicas e hospitais, totalizam 13 unidades de saúde ofertantes, num universo de 215 estabelecimentos de saúde (6,0 %).

As discussões apontam para a necessidade de um maior apoio institucional e gerencial de todos os níveis, se realmente houver interesse em promover acesso à Acupuntura/MTC. A recente ampliação de cobertura ESF ocorrida com o “Converte” pode constituir oportunidade. É fundamental propor ajustes na nossa macro estratégia que nos faça menos dependentes dos concursos públicos para a contratação específica de especialistas na área, com ênfase na atenção secundária e terciária. É possível um melhor aproveitamento do potencial latente observado na rede, principalmente na APS, via cogestão participativa, matriciamento e educação permanente.

São necessários maiores esforços para definição e conceituação do termo Integralidade, posto que sua polissemia e ambiguidade podem servir como ferramenta discursiva para manutenção do status quo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto (Org). **SUS-Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2a. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.

BASTOS, Meimei. **Um verso e mei**. Rio de Janeiro: Malê Edições, 2017.

BOCCOLINI, CS. **Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares PMNPC**. Resumo executivo. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratComp11402052.pdf>>f Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. III.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema e-Gestor, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Consulta em: 26 abr. 2020.

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

BRITO, Fausto. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **A biomedicina**. Physis, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 177-201, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 mar. 2021.

CARNUT, Leonardo. **Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil**. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. 115 [Acessado 15 Setembro 2021] , pp. 1177-1186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.

CARVALHO, Sérgio R. et al. **Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 25, n. 4, p. 1251-1269. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>> Acesso em: 12 ago. 2021.

CORREA, Daniel Seabra Resende Castro et al. **Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde**. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2031-2041, jun. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2021.

CULPI, M.; MARTINELL, A. B. M. C. **Desativação de pontos-gatilho no tratamento da dor miofascial**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–9, 2018. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1777>>. Acesso em: 26 ago. 2021.

CUNHA GT. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec; 2005.

DESLANDES, S.F., comp. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas [online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, 414 p. Criança, mulheres e saúde collection. [Acessado 16 Setembro 2021] ISBN 978-85-7541-329-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413296>.

FANON, Frantz. **Pele Negra, Máscaras Brancas**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

GÉRVAS, J.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. **São e salvo: e livre de intervenções médicas desnecessárias**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo; Atlas; 4, ed. 2002. Disponível em: <http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf> Acess em: 20 ago.2021.

GUEDES, Carla Ribeiro; RANGEL, Vanessa M.; CAMARGO, Kenneth. **O movimento da medicina psicossomática no Brasil: a trajetória teórica e institucional de Danilo Perestrello**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2020, v. 27, n. 3, p. 803-817. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000400006>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

GIOVANELLA, Lígia et al. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 3 [Acessado 11 Setembro 2021] , e00012219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>>. Epub 25 Mar 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

GIOVANELLA, Ligia, Franco, Cassiano Mendes e Almeida, Patty Fidelis de. **Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 11 Setembro 2021] , pp. 1475-1482. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde. Nêmesis da Medicina.** 4. ed, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KRACIK, Maria Luiza Amaral, Pereira, Pablo Michel Barcelos e Iser, Betine Pinto Moehlecke. **Medicina Integrativa: um parecer situacional a partir da percepção de médicos no Sul do Brasil.** Saúde em Debate [online]. v. 43, n. 123 [Acessado 13 Setembro 2021] , pp. 1095-1105, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912309>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912309>.

LANDSBERG GAP et al. **Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):3025-3036, 2012.

LUZ, Madel T. **Natural Racional Social. Razão médica e racionalidade científica moderna.** 3. ed.. São Paulo: HUCITEC, 2012.

LUZ, Madel T. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15, p. 147-176. Suplemento. 2005.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva. Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais.** São Paulo: Hucitec, 2005.

MACEDO, Laura Christina et al. **Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2008, v. 12, n. 26 [Acessado 30 Agosto 2021] , pp. 649-657. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300015>>. Epub 31 Ago 2012. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300015>.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva et al. **O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 288-295, set. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700288&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s322>.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MODESTO, A. A. D.; COUTO, M. T. **Como se estuda o que não se diz: uma revisão sobre demanda oculta.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1–13, 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1250>. Acesso em: 25 ago. 2021.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do et al. **A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 12 [Acessado 11 Agosto 2021], pp. 3595-3604. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>>. Epub 19 Nov 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.

NEVES, Rosália Garcia et al. **Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016.** Epidemiol. Ser. Saúde, Brasília, v.27, n.3, e2017170, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000300302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2021.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.** Saúde e Sociedade [online]. 2004, v. 13, n. 3 [Acessado 12 Agosto 2021], pp. 44-57. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300006>>. Epub 04 Abr 2008. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300006>.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2003, v. 7, n. 12 [Acessado 12 Agosto 2021], pp. 185-190. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100022>>. Epub 17 Fev 2009. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100022>.

OMS. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.* Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008. Atenção Primária em Saúde, Agora Mais do que nunca.** OMS, 2008. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf> Acesso 21/08/2021.

OUVERNEY, AM., and NORONHA, JC. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books .

PAI, Hong Jin. **Acupuntura, de terapia alternativa a especialidade médica.** São Paulo: CEIMEC, 2005.

PALMEIRA, Guido. **A acupuntura no ocidente.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 1990, v. 6, n. 2 [Acessado 18 Agosto 2021], pp. 117-128. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1990000200002>>. Epub 13 Jul 2005. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1990000200002>.

PARANAGUÁ TTB, Bezerra ALQ, Souza MA, Siqueira K. **As Práticas Integrativas na Estratégia Saúde da Família: Visão dos Agentes Comunitários de Saúde**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):75-0.

PINHEIRO, M. R.; MATTOS, R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde** / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

QUEIROZ, M. de S. **O paradigma mecanicista da medicina, ocidental moderna: uma perspectiva antropológica**. Rev.Saúde públ., S.Paulo, 20:309-17, 1986.

RÓDENAS, Pedro. *Diferentes formas de entender la medicina integrativa*. Medicina naturista, v. 11, n. 1, p. 9-14, 2017. I.S.S.N.: 1576-3080. [Acessado 12 setembro 2021]. Disponível em: <file:///Users/danielsabino/Downloads/Dialnet-DiferentesFormasDeEntenderLaMedicinaIntegrativa-5819458.pdf>

ROSA WAG, Labate RC. **Programa Saúde da Família: A Construção de Um Novo Modelo de Assistência**. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34 www.eerp.usp.br/rlae [Acessado 11 Setembro 2021]. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGXm7s89ZQtmJHHXMgSYyg/?lang=pt&format=pdf>

SANTOS BS. *Toward a New Common Sense: Law, Science and Polictics in the paradigmatic transition*. New York: Routledge; 1995.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. (Orgs.) **Epistemologias do Sul**. São Paulo; Editora Cortez. 2010. 637páginas.

SANTOS, Carla Targino Bruno dos et al. **A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 4 [Acessado 15 Setembro 2021] , pp. 1233-1240. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.16122016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.16122016>.

SANTOS, Melissa Costa e TESSER, Charles Dalcanale. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2012, v. 17, n. 11 [Acessado 18 Agosto 2021] , pp. 3011-3024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>>. Epub 21 Nov 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE do Distrito Federal. **Resolução do Conselho de Saúde do DF Nº 429, DE 10 DE JUNHO de 2014**. Retificada pelo DODF nº 129, de 27/06/2014, p. 32. Este texto não substitui o publicado no DODF nº 127 de 24/06/2014. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/51af71d7114b48e69ebcf4ea4bc6b1e2/csdf_res_429_2014_ret.html. Acesso 25/08/21.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE do Distrito Federal. **PORTARIA Nº 77**. DODF Nº 33, quarta-feira, 15 de fevereiro de 2017. Disponível: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2020-2023**. Brasília, setembro de 2019. <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/PDS-2020-2023-arquivo-para-consulta-p%C3%BAblica.pdf>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE do Distrito Federal. **Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS)**. Brasília: FEPECS, 2014.

SILVA, Anaxsuell Fernando da; PROCÓPIO, Carlos Eduardo Pinto. **Colonialidades do crer, do saber e do sentir**. Revista de Ciências Sociais. Fortaleza, v. 50, n. 2, jul./out., 2019, p. 15–30. [Acessado 14 Setembro 2021]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/41456/98924>

SILVA, M. F. F. et al. **Integralidade na atenção primária à saúde**. REFACS, Uberaba, v. 6, p. 394- 400, 2018. Supl. 1. Disponível em: <http://www.seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs>. Acesso em 11 Setembro 2021. ISSN: 2318-8413 DOI: 10.18554/refacs.v6i0.2925

SILVA, Cleyton César Souto; SILVA, Cassiano Augusto Oliveira; SANTOS, Gracielle Malheiro dos; NETO, Francisco Leandro de Assis; BARBOSA, Maria do Socorro Borges. **Descolonização e Epistemologia do Sul nas práticas integrativas e complementares em Saúde**. Sociabilidades Urbanas – Revista de Antropologia e Sociologia, v.3, n.9, p. 101-106, novembro de 2019. ISSN 2526-4702. <http://www.cchla.ufpb.br/sociabilidadesurbanas/>

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, MS; 2002.

STEKEL, Wilhelm. *Estados Nerviosos de Angustia y su tratamiento*. Buenos Aires: Ediciones Imán, 1952.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. **Racionalidades médicas e integralidade**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, Feb. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. Access on 15 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.

TESSER, Charles Dalcanale e Barros, Nelson Filice de. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública [online]. 2008, v. 42, n. 5 [Acessado 12 Agosto 2021], pp. 914-920. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>>. Epub 02 Out 2008. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>.

TESSER, Charles Dalcanale e Dallegrave, Daniela. **Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 9 [Acessado 11 Setembro 2021],

e00231519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00231519>>. Epub 04 Set 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231519>.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 174-188, Sept. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500174&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Mar. 2021. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s112>.

TESSER, Charles Dalcanale e Sousa, Islândia Maria Carvalho de. **Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas**. Saúde e Sociedade [online]. 2012, v. 21, n. 2 [Acessado 10 Agosto 2021] , pp. 336-350. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200008>>. Epub 17 Jul 2012. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200008>.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. **Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I): aproximação fundamental**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2551, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2551. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2551>. Acesso em: 25 ago. 2021.

TOSCAS, Fotini Santos; TOSCAS, Fernanda. **Sobrediagnóstico e suas implicações na engenharia clínica**. Rev. Bioét., Brasília, v. 23, n. 3, p. 535-541, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300535&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233090>.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. **Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300009&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300009>.

WORLD Health Organization. (2019). **WHO global report on traditional and complementary medicine 2019**. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

APÊNDICE A – CARTILHA DE ACUPUNTURA/MTC PARA A APS

corte as bordas da folha

3. RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS PARA ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIOS (COM 15 ANOS OU MAIS DE IDADE) PARA O ATENDIMENTO EM ACUPUNTURIA NA SES-DF*:

A) Sintomas tratáveis com acupuntura em paciente com insuficiência renal crônica; B) Sintomas dolorosos em gestantes; hipermese gravídica; C) Neuralgia pós-herpética; neuropatia diabética; síndrome do túnel do carpo; dorsalgia; síndrome dolorosa miofascial; osteoartrite; tendinite, tendinose, tenossinovite, sinovite, entese, epicondilite, bursite, fascite, osteonecrose; D) Ajuvante no tratamento da artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome de Sjögren, espondilite, anquilosante, artrite psoriásica; E) Fibromialgia; enxaqueca; cefaleia tipo tensão; dor pélvica crônica; dismenorrea; síndrome climatérica; F) Doença do refluxo gastroesofágico; dispepsia funcional; síndrome do intestino irritável; constipação intestinal funcional; doença inflamatória intestinal; G) Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) ocorrido há mais de 1 ano; H) Transtorno depressivo recorrente; transtornos fóbico-ansiosos, outros transtornos ansiosos, reações ao “stress”, grave e transtornos de adaptação; insônia; I) Labirintopatias; rinite; asma; psoríase; dermatite atópica; e urticária crônica.

*Nota Técnica sobre critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta de Acupuntura no Adulto da Atenção Secundária. SEI/GDF - 287/4893 Nota Técnica - SEI/GDF - n.º 33/2019 - SES/SAS/COASIS/DASIS/GESAMB, Brasília-DF, 23 de setembro de 2019.



escanear

4. MAPA DE EVIDÊNCIAS

O mapa apresenta uma visão geral das evidências sobre os efeitos da Acupuntura para desfechos em saúde. A partir de uma ampla busca bibliográfica (PubMed e BVS) foram incluídos no mapa 171 estudos de revisão – 48 sistemáticas e 123 revisões sistemáticas com metanálise.

5. SERVIÇOS DE ACUPUNTURA DA SES-DF

CERPIS
HBDF
HRAN
HRS
HRP
HRL
Hospital de Apoio
Hospital do Guará
Policlínica Asa Sul
Policlínica Ceilândia
Policlínica Taguatinga
Policlínica Núcleo Bandeirante

*Cartilha apresentada como produto técnico de dissertação de mestrado profissional em Saúde da Família pela FIOCRUZ/Brasília, em participação com a FEPECS, como parte do projeto de pesquisa intitulado “Medicina Tradicional Chinesa e Integralidade: a prática de Acupuntura na rede pública de saúde do DF”, em consonância com a Diretriz IV da PDPS: “Divulgação e informação de conhecimentos básicos das PS para usuários, profissionais e gestores do SUS” (2014, p. 42). Autor: Daniel Sabino dos Santos Vasconcelos. Dez/2021.



Cartilha de Acupuntura/MTC para a APS

O objetivo desta cartilha é sensibilizar e informar profissionais da APS sobre os fundamentos e preceitos básicos da Medicina Tradicional Chinesa e da Acupuntura. Listam-se os principais serviços de Acupuntura disponíveis na SES-DF e as recomendações técnicas para encaminhamento de usuários (as).



1 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)

A MTC é uma Racionalidade Médica cuja cosmologia se insere na antiga filosofia taoísta chinesa. Seu sistema terapêutico se compõe de cinco pilares principais: 1. Fitoterapia chinesa; 2. Acupuntura e moxabustão; 3. Dietética; 4. Massagens (*Tui Na*); 5. Práticas corporais para treinamento do Qi e meditação (*Qi Gong*, *Tai Chi Chuan*) (PAI, 2005). A MTC é uma Prática Integrativa em Saúde (PIS).

1.1 Yin/Yang

Base da doutrina médica chinesa para compreender o processo saúde-doença e a circulação do sopro vital pelo organismo, assim como nas suas relações com o ambiente. Expressa noções de complementaridade, interdependência, transmutação cíclica, equilíbrio dinâmico e relativo. Pela observação da natureza, segundo conceitos do taoísmo, o ser humano representaria um microcosmos do universo com um todo (WEN, 2008).

Figura 1: Tao / Yin-Yang



1.2 Qi

Apesar de seu ideograma ser composto por elementos que expressam a noção de sopro ou do vapor que sai do cozimento do arroz, geralmente é traduzido no Ocidente como energia. Esse termo ocidentalizado é descontextualizado do pensamento chinês antigo e favorece o abandono da noção de sopro no campo da medicina chinesa (DULCETTI JR, 2013). De acordo com

suas duas principais práticas numa mesma palavra: *Zhen* (agulha) e *Jiu* (moxa). Ou seja, referia-se a punção ou estimular com calor determinadas zonas do corpo (PNPIC, 2015; PAI, 2005).

O Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA) assim define a especialidade: "Originária da China, a Acupuntura é um método terapêutico que se caracteriza pela inserção de agulhas na superfície corporal, para tratar doenças e promover a saúde". Possui técnicas relacionadas como a eletroacupuntura, auriculoterapia, moxabustão e ventosaterapia.

No sentido mais amplo, a Acupuntura pode ser compreendida como procedimento invasivo que estimula regiões anatômicas ou "zonas neuro reativas" que desencadeiam respostas neuroimunoendócrinas, normalizando funções orgânicas e controlando a dor (PDPHS, 2014).

2.1 Mecanismos de ação da Acupuntura

- Os pontos motores dos músculos são pontos de acupuntura, assim como os pontos dolorosos da semiologia moderna: pontos viscerais, dermalgias reflexas e os pontos-gatilho miofasciais (PGM).
- Liberação de neurotransmissores, como os peptídeos opióides (encefalina, dinorfina e beta endorfina) e as monoaminas (serotonina, noradrenalina, histamina, dopamina).
- Teoria do Forão da Dor, Melzack e Wall. Estruturas do SNC, como a substância gelatinosa do como posterior medular, tratos espinotalâmicos; Sistema reticular ascendente e seus núcleos liberadores de neurotransmissores; Sistema Inibidor Descendente da Dor.

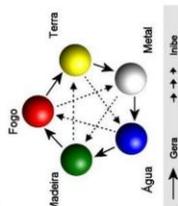
o pensamento clássico chinês, Qi deve ser entendido como a base e expressão espontânea da vida em tudo; é o sopro vital que expressa a vida regulada pelo Tao, na interação do Yin e do Yang com os Cinco Elementos.

O ser humano possui o seu próprio Qi como resultado de componentes diversos, como o Qi ancestral (Yuan Qi), herdado geneticamente; o Qi do Céu, do ar que respiramos; o Qi da terra, extraído dos alimentos (Ying Qi), que juntos originam o Zong Qi; no tórax e o Wei Qi ou Qi defensivo (WANG; PAI, 2005).

1.3 Cinco Elementos

Esta teoria estabelece relações do sistema *Zang-Fu* (órgãos macios e vísceras ocas) com a teoria Yin/Yang. Os cinco elementos: Água, Madeira, Fogo, Terra e Metal podem ser entendidos como fases ou movimentos dos sopros Yin e Yang e estabelecem entre si relações de Geração e Dominância.

Figura 2: Cinco Elementos.



2 ACUPUNTURA

Acupuntura é a principal vertente terapêutica surgida com a tradição médica milenar chinesa, há pelo menos 3 mil anos. Essa nomenclatura é atribuída a um jesuíta europeu do século XVII, que adaptou o termo original em chinês *Zhen Jiu*, utilizando as palavras em latim *acum* (agulha) e *punctum* (picada ou punção) para descrevê-la. Entretanto, o conceito original da técnica era abrangente, englobava

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa abaixo identificado, que foi aprovado pelo CEP da Gerência Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz (61) 3329-4607 / 3329-4638 cepbrasil@fiocruz.br, endereço: Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, CEP: 70.904-130 - Brasília - DF) sob o número CAAE 46245021.6.0000.8027. Projeto realizado em coparticipação com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES-DF, endereço SMHN 03 conjunto A bloco 1, CEP: 70701-907 Brasília-DF, telefone: (61) 2017-1145, ramal: 6878, cep@fepecs.edu.br. Você receberá uma cópia desse termo, que será preenchido em duas vias.

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título: Medicina Tradicional Chinesa e Integralidade: a prática de acupuntura na rede pública de saúde do DF

Pesquisadores

Daniel Sabino dos Santos Vasconcelos (Pesquisador responsável)
Afiliação: Secretaria de Saúde do DF.
Cargo/ Função: Médico de Família e Comunidade
CV Lattes: http://lattes.cnpq.br/9718601600466880
Telefones para contato: (61) 998724309
Swedenberger do Nascimento Barbosa (Orientador)
Afiliação: GEREB-Fiocruz
Cargo/ Gabinete. Assessor
CV Lattes: http://lattes.cnpq.br/8225365888904509
Telefones para contato: (61)981536819
Kellen Cristina da Silva Gasque (Coorientadora)
Afiliação: GEREB-Fiocruz
Cargo/ Função: Pesquisadora em Saúde Pública
CV Lattes: http://lattes.cnpq.br/2892285758338828
Telefones para contato: (14) 981822409

ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Esta pesquisa tem por objetivos: A) Investigar potenciais e desafios da Acupuntura/MTC no contexto da rede pública de saúde do DF. B) Mapear profissionais com formação em Acupuntura/MTC vinculados à rede pública de saúde do Distrito Federal. C) Analisar a oferta de Acupuntura/MTC no SUS-DF no período de 2013 a 2019. D) Analisar as percepções dos profissionais de Acupuntura do DF em relação à importância da oferta da prática e o princípio da Integralidade. E) Elaborar um produto técnico na forma de cartilha/*folder* de divulgação da Acupuntura/MTC para profissionais da APS.

Caso o (a) senhor (a) participe da pesquisa será necessário responder a um instrumento de pesquisa produzido para levantamento de dados e experiências com a prática, que será entregue por meio de um questionário online no *Google Forms* que levará aproximadamente 10 minutos para preenchimento. Para assegurar sua privacidade, uma vez coletados os dados, se fará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todos os registros da plataforma virtual, ambientes compartilhados ou nuvem. Igualmente, o link do formulário será enviado individualmente a cada participante pelo aplicativo *WhatsApp*, evitando-se listas de transmissão ou listas de e-mail. A) É possível que o (a) senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a exposição da sua percepção pessoal, porém o seu sigilo será estritamente preservado durante todo o processo de pesquisa. B) Um risco relacionado ao estudo pode ser o constrangimento pessoal. Nesse caso, o (a) senhor (a) poderá parar de responder a qualquer momento sem prejuízo algum. C) Os benefícios esperados com essa pesquisa são poder ter um espaço para relatar as suas experiências positivas e negativas como Acupunturistas; benefícios indiretos podem ser a oportunidade de contribuir para a compreensão e divulgação da Acupuntura / MTC em nosso meio.

Asseguro-lhe que serão respeitados os seus direitos de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, citados abaixo, tendo você: **1º** - a garantia de receber informações gerais sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, assim como o esclarecimento e orientação sobre qualquer dúvida referente a esta pesquisa; **2º** - a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto lhe traga penalização ou prejuízo de qualquer natureza a sua pessoa, ao doente e aos seus familiares; **3º** - a segurança de que não será identificado (a) e que será mantido o sigilo e o caráter confidencial de informações relacionadas à sua privacidade; **4º** - a garantia de que, se houver despesas decorrentes de sua participação na pesquisa, estas serão garantidas por este pesquisador; a sua participação é isenta de despesas, entretanto tenha ciência de que não será remunerado pela participação na pesquisa; **5º** - a garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes etapas desta pesquisa é deste pesquisador; **6º** - a garantia de que todo o material referente à Coleta dos Dados para a construção dessa pesquisa e de outros estudos posteriores correlacionados ficará sob a guarda deste pesquisador, o

qual poderá ser solicitado por você a qualquer momento. 7º - Garantia de indenização diante de eventuais danos da pesquisa, conforme estipulado na Resolução CNS-MS no 466 de 2012.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, igualmente válidas, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o participante da pesquisa conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa, e inclusive torná-lo público em trabalhos científicos dos pesquisadores Swedenberger do Nascimento Barbosa, Kellen Cristina da Silva Gasque e Daniel Sabino desde que respeitado o aqui estipulado. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Sendo assim, declaro o meu consentimento em participar, livre e voluntariamente, como participante desta pesquisa, assinando em duas vias de igual teor, com o pesquisador e rubricamos as páginas anteriores.

Assinatura do Paciente/ Responsável Legal

Data ____/____/____

Para casos de participantes portadores de deficiência auditiva ou visual:

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Daniel Sabino dos Santos Vasconcelos Data:

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO

Título da pesquisa:

Medicina Tradicional Chinesa e Integralidade: a prática de Acupuntura na rede pública de saúde do DF.

Perfil do profissional

Idade:

Profissão:

Tempo de formado:

menos de 2 anos entre 2 e 5 anos mais de 5 anos mais de 10 anos.

Especialidades: _____ nenhuma.

Instituição de formação em Acupuntura: _____

Possui título de especialista em Acupuntura? sim não

Lotação na SES-DF: _____

Vínculo com a SES-DF: estatutário contrato

Tempo de trabalho no SUS: menos de 2 anos entre 2 e 5 anos mais de 5 anos.

Você oferta Acupuntura na sua unidade de saúde?

sempre bastante muitas vezes nunca raramente eventualmente

Principais limitações para a oferta de Acupuntura na sua unidade de saúde:

Falta de apoio institucional

Não fornecimento das agulhas de acupuntura e outros materiais de apoio

Ausência de espaço físico e/ou macas adequadas para sessões de acupuntura

Não aceitação da técnica por parte dos usuários (as)

Dificuldade de gestão das agendas e/ou falta de tempo

Adoecimento / *Burnout*

Outros motivos: _____

PERGUNTAS ABERTAS

Por que é importante incrementar a oferta de Acupuntura no SUS?

Qual a importância do princípio da integralidade no SUS?

ANEXO A – PARECER DO CEP FIOCRUZ

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Medicina Tradicional Chinesa e Integralidade: a prática de acupuntura na rede pública de saúde do DF.

Pesquisador: DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46245021.6.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.830.443

Apresentação do Projeto:

O presente estudo pretende mapear serviços e profissionais com formação em Acupuntura/MTC vinculados à rede pública de saúde do DF, em vias de examinar a oferta, investigar potencialidades e contribuições da especialidade no marco de fortalecimento do SUS e seu princípio doutrinário da integralidade.

Serão contempladas todas as unidades de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde do DF. Os critérios de inclusão como sujeitos da pesquisa serão: médicos ou outros profissionais de saúde com formação em Acupuntura vinculados oficialmente a qualquer unidade da rede pública de saúde do DF no momento das entrevistas. O estudo será desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica e aplicação de entrevistas semiestruturadas a 20 participantes, através de formulário google forms, a profissionais de Acupuntura da rede pública de saúde do DF. As entrevistas serão analisadas em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Investigar potenciais e desafios da Acupuntura/MTC no contexto da rede pública de saúde do DF.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.830.443

Objetivos específicos:

- Mapear serviços e profissionais com formação em Acupuntura/MTC vinculados à rede pública de saúde do Distrito Federal.
- Analisar a oferta de Acupuntura/MTC no SUS-DF no período de 2013 a 2019.
- Discutir contribuições da Acupuntura/MTC para o fortalecimento do princípio da integralidade no SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Descrito no TCLE e relaciona-se à aplicação do roteiro semi-estruturado. Pode ocorrer desconforto, principalmente relacionado a percepção pessoal do participante. O pesquisador garante que o sigilo será estritamente preservado durante todo o processo de pesquisa. Outro risco relacionado ao estudo pode ser o constrangimento pessoal. Nesse caso, o TCLE esclarece que o participante poderá parar de responder o questionário a qualquer momento sem prejuízo algum.

Benefícios:

Os benefícios esperados com essa pesquisa são poder ter um espaço para relatar as suas experiências positivas e negativas como Acupunturistas; benefícios indiretos podem ser a oportunidade de contribuir para a compreensão e divulgação da Acupuntura / MTC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância técnica e científica para o fortalecimento da atenção primária em saúde, particularmente em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as considerações acima, o projeto encontra-se aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16, o pesquisador deverá encaminhar a este Cep o seu relatório final de pesquisa e, quando for o caso, encaminhar o seu relatório parcial.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.830.443

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1724680.pdf	08/06/2021 16:53:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	questionario.pdf	08/06/2021 16:52:10	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_e_compromisso_do_pesquisador.pdf	08/06/2021 16:50:49	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_GERPIS.pdf	08/06/2021 16:50:34	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	08/06/2021 16:48:04	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/06/2021 16:47:39	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoDanielSabinoVasconcelos.pdf	27/04/2021 18:56:33	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

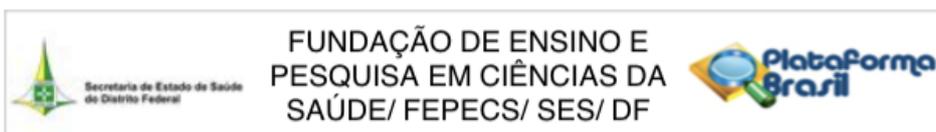
Não

BRASÍLIA, 06 de Julho de 2021

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

ANEXO B – PARECER DO CEP FEPECS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Medicina Tradicional Chinesa e Integralidade: a prática de acupuntura na rede pública de saúde do DF.

Pesquisador: DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 46245021.6.3001.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.109.133

Apresentação do Projeto:

Esta é 3ª versão de projeto de pesquisa para atendimento de pendências apontadas no último parecer do colegiado de nº 5.034.510.

Trata-se de uma produção acadêmica, Poc, cuja Instituição Proponente é a FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.

"O presente estudo pretende mapear serviços e profissionais com formação em Acupuntura/MTC (Medicina Tradicional Chinesa) vinculados à rede pública de saúde do DF, em vias de examinar a oferta, investigar potencialidades e contribuições da especialidade no marco de fortalecimento do SUS e seu princípio doutrinário da integralidade.

Objetivo da Pesquisa:

*Objetivo Primário:

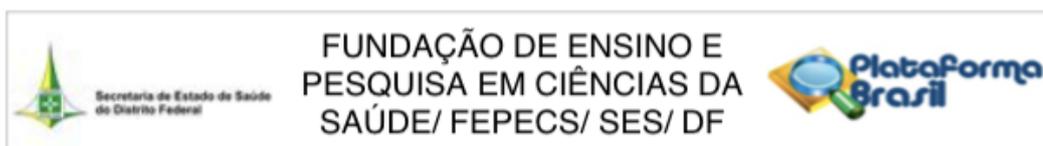
Investigar potenciais e desafios da Acupuntura/MTC no contexto da rede pública de saúde do DF.

*Objetivo Secundário:

-Mapear serviços e profissionais com formação em Acupuntura/MTC vinculados à rede pública de saúde do Distrito Federal.

-Analisar a oferta de Acupuntura/MTC no SUS-DF no período de 2013 a 2019.

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.109.133

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A equipe de pesquisa não consegue modificar o Projeto Básico da PB (pois se trata de POc). O fez no TCLE:

Caso o (a) senhor (a) participe da pesquisa será necessário responder a um instrumento de pesquisa produzido para levantamento de dados e experiências com a prática, que será entregue por meio de um questionário online no Google Forms que levará aproximadamente 10 minutos para preenchimento. Para assegurar sua privacidade, uma vez coletados os dados, se fará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todos os registros da plataforma virtual, ambientes compartilhados ou nuvem. Igualmente, o link do formulário será enviado individualmente a cada participante pelo aplicativo WhatsApp, evitando-se listas de transmissão ou listas de e-mail. A) É possível que o (a) senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a exposição da sua percepção pessoal, porém o seu sigilo será estritamente preservado durante todo o processo de pesquisa. B) Um risco relacionado ao estudo pode ser o constrangimento pessoal. Nesse caso, o (a) senhor (a) poderá parar de responder a qualquer momento sem prejuízo algum. C) Os benefícios esperados com essa pesquisa são poder ter um espaço para relatar as suas experiências positivas e negativas como Acupunturistas; benefícios indiretos podem ser a oportunidade de contribuir para a compreensão e divulgação da Acupuntura / MTC em nosso meio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, de natureza exploratória com abordagem qualitativa, que pretende analisar bases de dados.

LOCAL: todas a unidades de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde do DF.

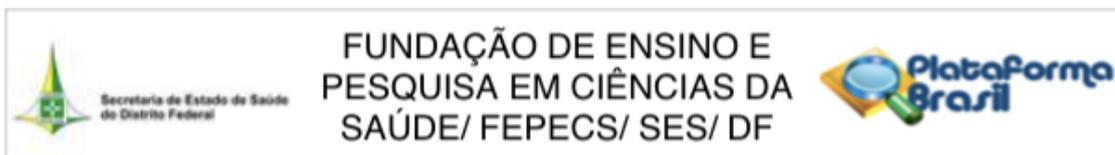
POPULAÇÃO: médicos ou outros profissionais de saúde com formação em Acupuntura vinculados oficialmente a qualquer unidade da rede pública de saúde do DF no momento das entrevistas.

A primeira etapa do estudo: mapeamento dos serviços de Acupuntura da Secretaria de Saúde do DF e busca por profissionais com formação ou especialização em Acupuntura que possuam vínculo formal com quaisquer unidades de saúde do SUS do DF.

A segunda etapa: realização de entrevistas semiestruturadas por meio de formulário google forms com esses profissionais de acupuntura identificados e vinculados ao SUS do DF.

A análise de conteúdo será realizada segundo metodologia proposta por Bardin, em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



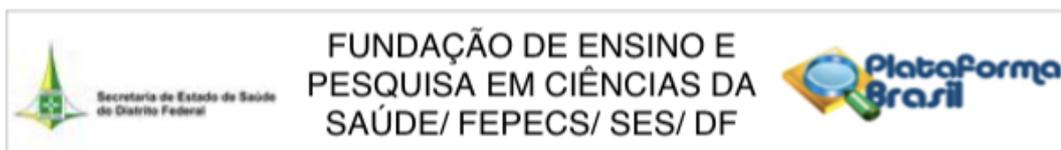
Continuação do Parecer: 5.109.133

interpretação.

Abaixo as pendências do último parecer:

1. A carta resposta à pendências não informa as pendências apontadas e os ajustes realizados
2. A "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808744.pdf", necessita das seguintes revisões:
 - Substituir em todo o texto o termo "sujeito de pesquisa" por "participante de pesquisa" de forma que atenda as novas definições preconizadas na Resolução CNS-MS nº 466 de 2012 em seu Cap II.
 - Os Riscos devem ser adequadamente descritos, informando de forma clara quais os potenciais riscos e a forma de minimizá-los (atentar, assim como no TCLE, para a forma de minimização de riscos relacionados à privacidade e confidencialidade de dados pessoais que possam identificar o participante da pesquisa). Como a entrevista ocorrerá de forma eletrônica, descrever os riscos e a forma de minimização dos mesmo de acordo com o preconizado na CARTA CIRCULAR CONEP-MS Nº01 de 2021 (link:http://www.fepecs.edu.br/arquivos/11.Carta_Circular-Pesquisas_em_Ambiente_Virtual.pdf)
 - O cronograma de execução informa que os dados já foram coletados e analisados. Ajustar o cronograma na Plataforma e informar na CARTA de RESPOSTA à pendências se os dados já foram coletados ou não para apreciação deste colegiado.
 - Não constam na Plataforma o nome dos demais integrantes da pesquisa: Swedenberger do Nascimento Barbosa e Kellen Cristina da Silva Gasque
3. Questionário apresentados :
 - Não deve constar dados de informação pessoal como nome, endereço, documentos de identificação, telefones ou quaisquer outros que coloquem em risco a privacidade e anonimato dos participantes. A forma de minimizar tais riscos são resolvidas utilizando-se um sistema de codificação.
4. TCLE:
 - A única identificação recomendada é a assinatura de concordância, não havendo necessidade de acrescentar no TCLE quaisquer outras informações pessoais que adicionem riscos ao participante como, nº da Carteira de Identidade, endereço completo e telefone pessoal.
 - Substituir o termo "sujeito" por "participante" de pesquisa, para que se adeque aos conceitos da Resolução CNS-MS nº 466 de 2012
 - Justificar o texto retirado do TCLE: "... e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário". Há algum risco desta natureza na pesquisa apresentada?
 - Ajustar o texto retirado do TCLE: "Para casos de participantes menores de 18 anos,

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.109.133

analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual", deixando apenas a informação "portadores de deficiência auditiva e visual", uma vez que a população alvo da pesquisa possuem formação e são maiores de 18 anos

- Informar a garantia de indenização diante de eventuais danos da pesquisa, conforme estipulado na Resolução CNS-MS nº 466 de 2012 - Informar o contato do CEP-FEPECS (endereço, telefone e e-mail) para eventuais dúvidas sobre a eticidade da pesquisa, uma vez que envolve nossa Instituição. Tais dados estão disponibilizados na página eletrônica do CEP-FEPECS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1.Folha de Rosto - adequada.
- 2.Projeto composto adequadamente: cronograma desatualizado; orçamento adequado.
- 3.Termo de Anuência - adequado
- 4.Currículos - adequados.
- 5.TCLE - apresentadao nova versão
- 6.Instrumento de coleta de dados - apresentado

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

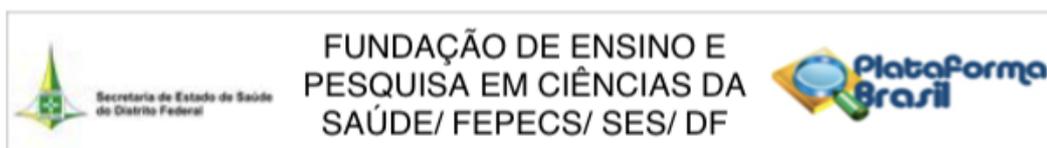
Ajustou a nova versão (Brochura e TCLE) conforme descrito na CARTA "pendencias.docx"

*O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

** Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo do Distrito Federal (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



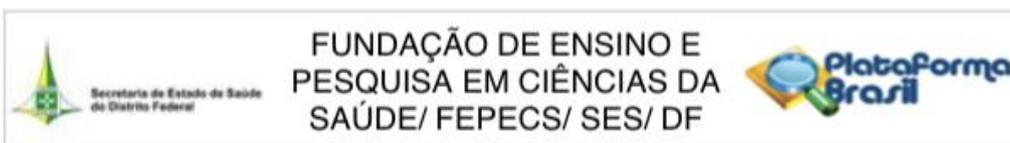
Continuação do Parecer: 5.109.133

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1808744.pdf	01/11/2021 13:27:29		Aceito
Outros	pendencias.docx	01/11/2021 13:26:00	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Outros	projeto_alterado.doc	01/11/2021 13:24:51	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Outros	questionario.docx	01/11/2021 13:20:35	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/11/2021 13:18:46	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	n8Modelo_Carta_Resposta_Pendencias.pdf	29/09/2021 07:56:42	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Outros	EncaminhamentoFEPECS.pdf	22/09/2021 08:20:48	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Outros	termoFEPECS.pdf	22/09/2021 08:20:00	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Outros	cv_Daniel.pdf	22/09/2021 08:18:40	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Outros	SEI_GDF_63352180.pdf	27/08/2021 08:07:02	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Outros	SEI_GDF_65072166_Despacho.pdf	27/08/2021 08:06:34	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Outros	CV_Kellen.pdf	27/08/2021 08:05:39	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Outros	CV_Swedenberger.pdf	27/08/2021 08:05:25	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de	questionario.pdf	08/06/2021	DANIEL SABINO	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 5.109.133

Assentimento / Justificativa de Ausência	questionario.pdf	16:52:10	DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia_GERPIS.pdf	08/06/2021 16:50:34	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	08/06/2021 16:48:04	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/06/2021 16:47:39	DANIEL SABINO DOS SANTOS VASCONCELOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 17 de Novembro de 2021

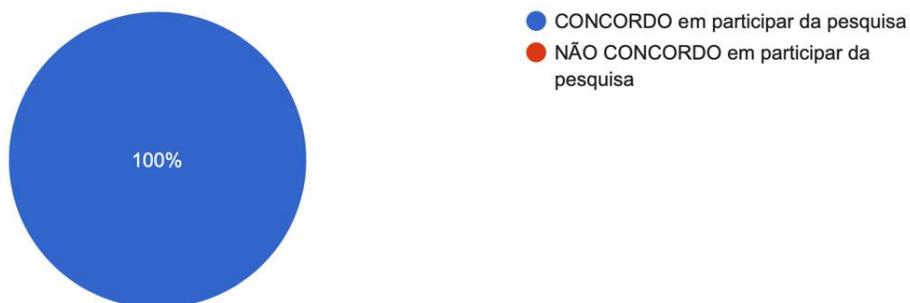
Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

ANEXO C – RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO DA PESQUISA COMPILADAS COM O APLICATIVO *GOOGLE FORMS*

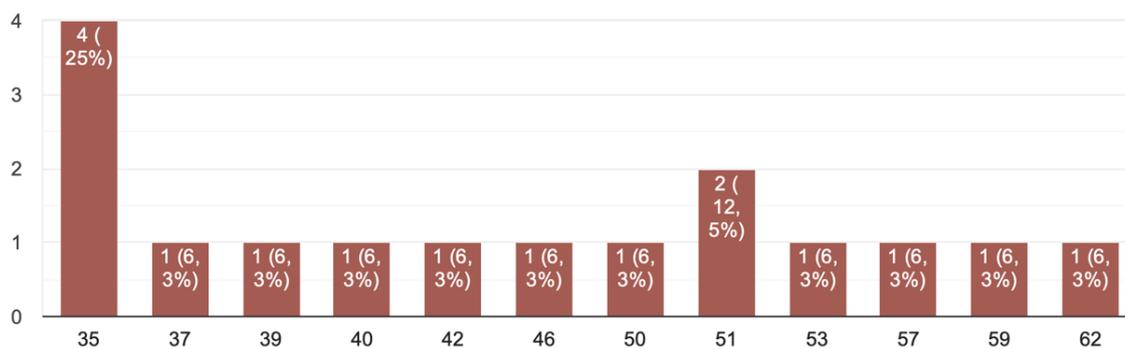
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

16 respostas



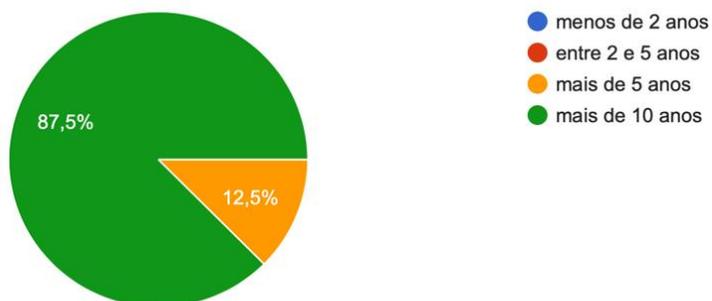
Idade

16 respostas



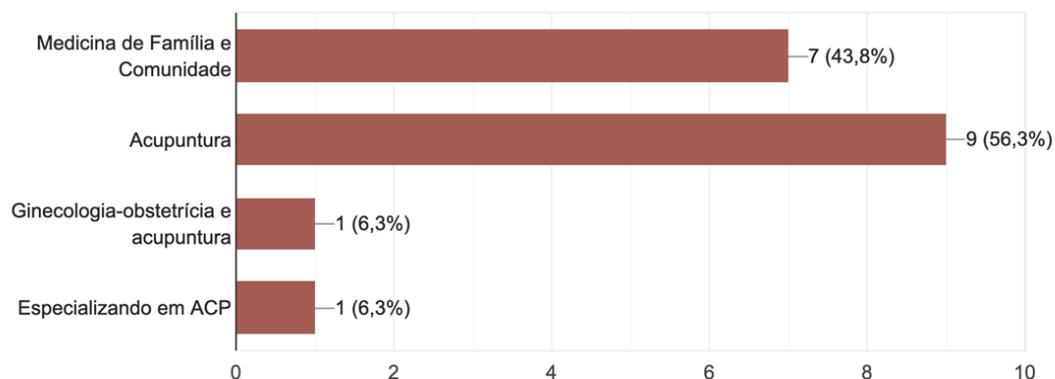
Tempo de graduado

16 respostas



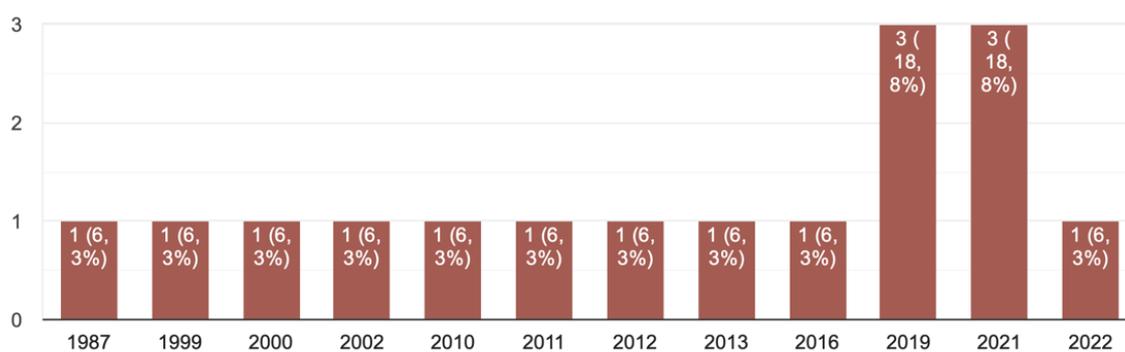
Especialidade ou pós-graduação (pode marcar mais de uma)

16 respostas



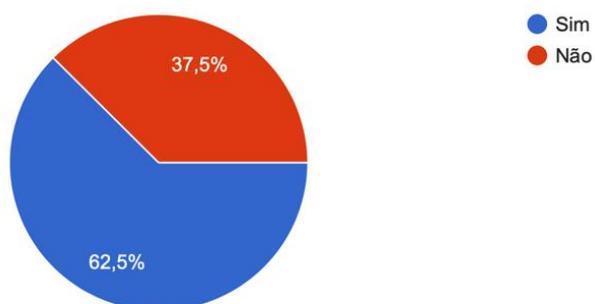
Em que ano conclui sua formação em Acupuntura?

16 respostas



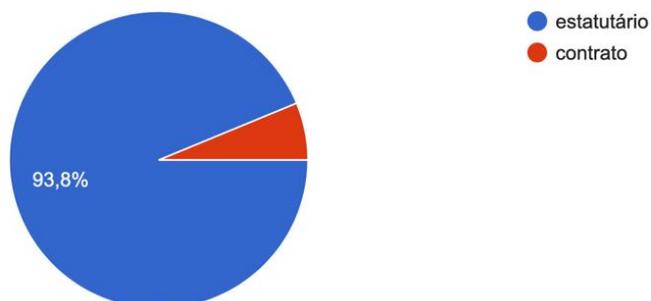
Possui título de especialista em Acupuntura pela AMB / CMBA?

16 respostas



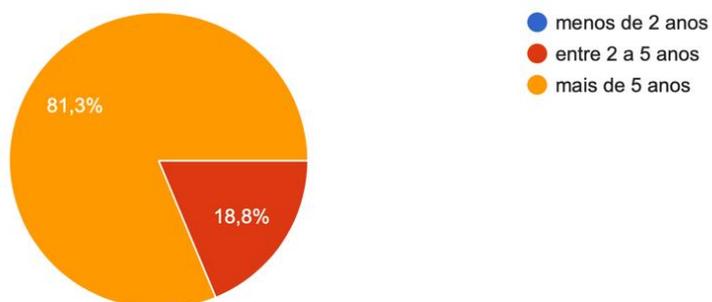
Vínculo com a SES-DF

16 respostas



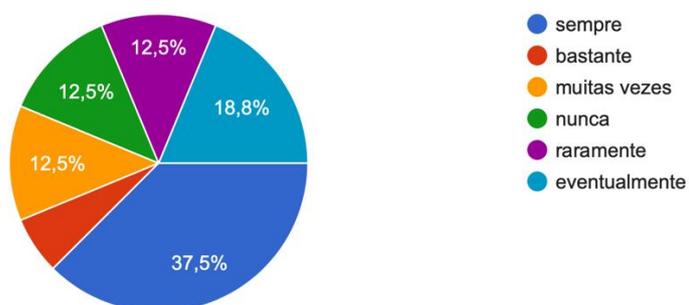
Tempo de trabalho no SUS do DF

16 respostas



Você oferta acupuntura na sua unidade de saúde?

16 respostas



Principais limitações para a oferta de Acupuntura na sua unidade de saúde (pode marcar mais de uma opção)

16 respostas

