

Ari Ojeda Ocampo Moré

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ACUPUNTURA:
ANÁLISE DE UM PROCESSO EDUCATIVO E SUAS
REPERCUSSÕES NA PRÁTICA DE MÉDICOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC.

Moré, Ari Ojeda Ocampo
Educação Permanente em Acupuntura : análise de um
processo educativo e suas repercussões na prática de
médicos da atenção primária à saúde / Ari Ojeda Ocampo Moré
; orientador, Charles Dalcanale Tesser - Florianópolis, SC,
2016.
218 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

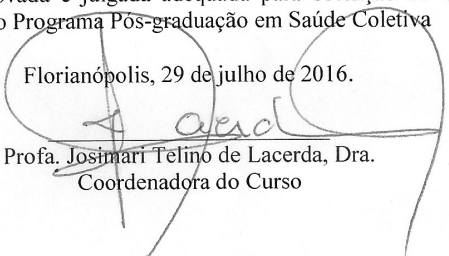
1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Acupuntura. 4. Ensino Médico. 5. Terapias Complementares.
I. Tesser, Charles Dalcanale. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
III. Título.

Ari Ojeda Ocampo Moré

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ACUPUNTURA: ANÁLISE DE
UM PROCESSO EDUCATIVO E SUAS REPERCUSSÕES
NA PRÁTICA DE MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de
Doutor (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

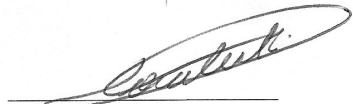
Florianópolis, 29 de julho de 2016.


Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso


BANCA



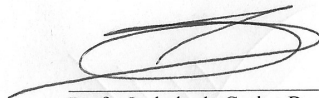
Prof. Charles Dalcanale Tesser,
Dr.
UFSC (Orientador)



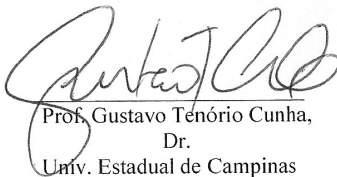
Prof. Douglas Francisco
Kovaleski, Dr.
UFSC



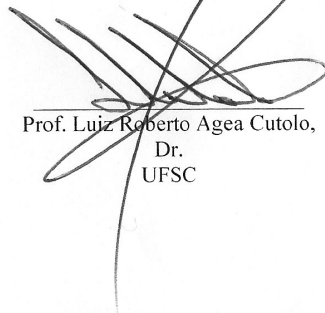
Prof. Durval Dionisio Souza
Mofa, Dr.
Sec. Municipal de Saúde do Rio
de Janeiro (SES/RJ)



Prof. Isabela de Carlos Back,
Dra.
UFSC



Prof. Gustavo Tenório Cunha,
Dr.
Univ. Estadual de Campinas
(UNICAMP)



Prof. Luiz Roberto Agea Cutolo,
Dr.
UFSC

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Charles Dalcanale Tesser por todo auxílio e atenção prestados nestes últimos quatro anos. Seu jeito simples, aliado a sua forma humilde, erudita e crítica de lidar com o “fazer ciência”, são qualidades que contribuíram muito na elaboração deste trabalho e que tornaram especial esta minha experiência de formação acadêmica.

Ao Professor Li Shih Min por todo o apoio no trabalho e por constantemente fazer-me refletir sobre o quão desafiadora, complexa e divertida é a prática da medicina.

À Professora Carmen Moré por compartilhar sua experiência de pesquisa e contribuir com conceitos, técnicas e procedimentos que auxiliaram a dar sentido à construção desta tese.

À Scheila Krankel, colega da Pós-graduação em Psicologia que com seu olhar atento e preciso fez com que este trabalho pudesse alcançar um maior nível de qualidade técnica e metodológica.

À Melissa Costa Santos, por ter plantado a semente das PICs em Floripa e me convidado para cultivar o belo jardim que floresceu desta inciativa. Esta tese é um dos frutos originados desta semente.

Aos Professores da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC por compartilharem comigo o seu conhecimento e experiência em diferentes áreas de pesquisa.

Aos colegas da Comissão de Práticas Integrativas e Complementaras da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis por todo o apoio, principalmente durante o período de realização deste trabalho.

Aos funcionários da UFSC, em especial funcionário João Oster que sempre se mostrou muito prestativo e atencioso junto à Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Aos colegas de Pós-graduação em Saúde Coletiva pela troca de experiências e contribuições nos debates de apresentação de projetos.

Aos colegas da Residência Médica em Acupuntura, em especial à Dra. Jéssica Maria Costi, o Dr. João Eduardo Marten Teixeira e o Dr. Rogério de Souza Duarte por todo apoio e feedback no período de construção desta tese.

Aos alunos da Liga de Acupuntura da UFSC, principalmente à Nathália, Joseane e Oto que também contribuíram para realização deste trabalho.

Ao Dr. João Bosco Guerreiro da Silva pelo incentivo na área da pesquisa em acupuntura e colaboração no trabalho.

Aos Professores Roxana Knobel e Luiz Cutolo pelas sugestões na banca de qualificação deste estudo.

À minha esposa Gherusa por todo carinho, amor e compreensão, em especial, neste período de elaboração da tese.

Ao meus pais Carmen e Ari pelas oportunidades de estudo que me deram e ao incentivo para o meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

Aos médicos que participaram das Oficinas de Consenso deste trabalho que contribuíram para o debate sobre ensino em acupuntura.

Aos participantes deste estudo, médicos da rede municipal de saúde de Florianópolis e médicos residentes de MFC, pela generosidade em compartilhar suas experiências.

RESUMO

Atenção primária à saúde (APS) é a principal porta de entrada e o primeiro nível de contato para indivíduos, famílias e comunidades no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, a Política Nacional de Prática Integrativas de Complementares recomenda que a acupuntura seja integrada aos cuidados da APS. Considerando que poucos estudos investigaram experiências de integração da acupuntura na APS, a presente tese tem o objetivo de analisar as repercussões de um processo de educação permanente em acupuntura na prática de médicos que atuam na atenção primária à saúde do município de Florianópolis. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo norteado pela abordagem qualitativa. O trabalho envolveu a construção de uma atividade de ensino debatida por 13 especialistas em ensino de acupuntura durante três oficinas de consenso. Adicionalmente, buscando captar diferentes fases do processo de ensino-aprendizagem, dez médicos da APS de Florianópolis participaram de três grupos focais realizados antes do início, no final e oito meses após o término de um curso de introdução à acupuntura. Além disso, foi realizado um grupo focal com seis residentes de medicina de família e comunidade, participantes do mesmo curso, um ano após término do mesmo. Complementaram a coleta de dados o diário de campo do pesquisador e o registro de sessões de acupuntura em base de dados secundários. Utilizando o referencial da Grounded Theory, a análise dos dados (gravados e transcritos) envolveu a codificação aberta, axial e seletiva e, com auxílio do software Atlas.ti 5.0, os dados foram organizados em dois quadros de categorias. No período entre 2011 e 2014 foram realizadas três edições do curso e durante este período 53 médicos concluíram a atividade. O número de sessões de acupuntura na APS aumentou de 1.349 em 2011 para 6.488 em 2015. Neste último ano, dos 37 participantes do curso que continuavam trabalhando na APS, 30 utilizavam regularmente acupuntura em sua prática diária. A análise dos dados dos grupos focais demonstrou as motivações dos médicos para obtenção de uma nova ferramenta terapêutica, as diferentes formas de aplicação dos conhecimentos adquiridos, as interfaces entre acupuntura e APS e a integração de diferentes racionalidades médicas (Biomedicina e a Medicina Tradicional Chinesa) nos cuidados à saúde. O estudo mostra que a repercussão do ensino da acupuntura na prática de médicos da APS reflete-se na ampliação do olhar sobre processo saúde-doença, no aumento dos recursos terapêuticos e na criação de uma postura reflexiva

sobre o uso de saberes médicos tradicionais e biomédicos nos cuidados à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Acupuntura, Ensino médico, terapias complementares, medicina de família e comunidade, educação permanente.

ABSTRACT

Primary health care (PHC) is the main entry point and the first level of contact for individuals, families and communities within the Brazilian public health system. In this context, the National Policy on Complementary Integrative Practice recommends that acupuncture should be integrated into PHC. Considering that few studies have investigated experiences of acupuncture integration in PHC, this thesis aims to analyze the impact of an education process in acupuncture on the clinical practice of primary care doctors in the city of Florianópolis. This is an exploratory and descriptive study using a qualitative approach. The study involved the development of an educational activity discussed by 13 experts in acupuncture education during three consensus meetings. Seeking to capture different phases of the educational process, ten primary care doctors participated in three focus groups conducted before the start, at the end and eight months after an introductory acupuncture course. In addition, we conducted a focus group with six family medicine residents, which enrolled the same educational activity, one year after the end of course. The research methods were complemented with field notes and records from acupuncture sessions in a secondary database. Using the Grounded Theory approach, the data analysis (recorded and transcribed) involved the open, axial and selective coding and, using the Atlas.ti 5.0 software; data were organized in two tables of categories. Between 2011 and 2014 there were three editions of the course and during this period 53 doctors completed the activity. The number of acupuncture sessions in PHC increased from 1,349 in 2011 to 6,488 in 2015, and during this last year 30 out of 37 course participants, who were still working in PHC, were regularly using acupuncture in their daily practice. The focus groups analysis showed the motivations of doctors to obtain a new therapeutic tool, the different ways to use the acquired knowledge, the interfaces between acupuncture and PHC and the integration of different medical rationalities (Biomedicine and Traditional Chinese Medicine) in clinical practice. The study shows that the impact of acupuncture education in the practice of PHC doctors is reflected in an expanded vision towards the health-disease process, in the increase of therapeutic resources and in the creation of a reflective stance on the use of traditional and biomedical medical knowledge in health care.

Key words: Primary health care, acupuncture, medical education, complementary therapies, family medicine, permanent education.

RESUMEN

En el Sistema Único de Salud (SUS) brasileiro, la atención primaria de la salud (APS) es la principal puerta de entrada y el primero nivel de contacto para individuos, familias y comunidades. En ese contexto la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias recomienda que la acupuntura sea integrada a los cuidados de la APS. Teniendo en cuenta que pocos estudios investigaran experiencias de integración de la Acupuntura en la APS, la presente tesis tiene como objetivo el de analizar las repercusiones de un proceso de educación permanente en acupuntura en la práctica de médicos que actúan en la Atención Primaria de la Salud, en el municipio de Florianópolis. Trata-se de un estudio exploratorio y descriptivo, que tuvo como norte el abordaje cualitativo. El trabajo implicó en la construcción de una actividad de enseñanza debatida junto a 13 especialistas en enseñanza en acupuntura durante tres talleres de consenso. Buscando captar las diferentes fases del proceso de enseñanza-aprendizaje, diez médicos de la APS de Florianópolis participaron de tres grupos focales realizados en el inicio, en el final y ocho meses después del término de un curso de introducción a la acupuntura. También fue realizado un grupo focal con seis residentes de la residencia en medicina y comunidad, participantes del mismo curso, un año después de terminado el mismo. Además, complementaron la colección de datos, el diario de campo del investigador y el registro de las sesiones de acupuntura en base de datos secundaria. Utilizando el marco de la teoría fundamentada, el análisis de los datos implicó la codificación abierta, axial y selectiva y, con la ayuda de un software Atlas.ti 5.0 se organizaron los datos en dos tablas de categorías. Entre 2011 y 2014 hubo tres ediciones del curso y durante este período de 53 médicos completaron la actividad. El número de sesiones de acupuntura en la APS aumentó de 1.349 en 2011 a 6.488 en 2015, y en este último año de los 37 participantes en el curso que todavía estaban trabajando en la APS, 30 utilizaban regularmente la acupuntura en su práctica diaria. El análisis de los datos de los grupos focales mostró las motivaciones de los médicos para obtener una nueva herramienta terapéutica, las diferentes formas de aplicación de los conocimientos adquiridos, las interfaces entre la acupuntura y la APS y la integración de las diferentes racionalidades médicas (Biomedicina y Medicina Tradicional China) en el cuidado de la salud. El estudio muestra que el impacto de la educación de la acupuntura en la práctica de los médicos de la atención primaria se refleja en la expansión de su

mirada sobre el proceso de salud-enfermedad, el aumento de los recursos terapéuticos y la creación de una postura reflexiva sobre el uso de los conocimientos médicos tradicionales y biomédicos en el cuidado de la salud.

Palabras claves: Atención primaria de salud, acupuntura, educación médica, terapias complementarias, medicina de familia y comunidad, educación permanente.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação das influências sobre a prática da MTC/A (Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura) no ocidente	47
Figura 2 - Representação das influências das estratégias de aprendizagem em circuito simples e circuito duplo	61
Figura 3 - Representação a visão da biomedicina como única ilha de conhecimento verdadeiro no mar do senso comum (A). Perspectiva que a categoria racionalidade médica trás ao reconhecer outras possíveis ilhas de conhecimento ao cenário (B)	63
Figura 4 - Esquema Fleckiano dos círculos eso-exotéricos	69
Figura 5 - Representação esquemática das três edições realizadas do curso de introdução à acupuntura, o número de participantes de cada edição e os métodos que auxiliaram a realização de ajustes no programa do curso	77
Figura 6 - Representação esquemática das três fontes de coleta de dados utilizadas para apreensão de diferentes aspectos do fenômeno estudado	93
Figura 7 - Representação dos períodos de realização dos grupos focais que envolveram médicos efetivos da terceira edição do curso de introdução à acupuntura	94
Figura 8 - Procedimentos utilizados na análise de conteúdo orientada pela análise dedutiva	100
Figura 9 - Etapas do processo de codificação utilizadas na análise de dados com referencial na teoria fundamentada	103
Figura 10 - Representação esquemática do campo de pesquisa e os artigos produzidos que reportam-se ao contexto do estudo (Artigo 1) e sujeitos envolvidos (Artigos 2 e 3).....	110
Figura 11 - Ilustração das repercussões da participação de médicos da APS no curso de introdução à acupuntura com base nos conceitos de Fleck, Polanyi e Luz.....	179

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro comparativo entre princípios utilizados nas estratégias de Educação Continuada e Educação Permanente	37
Quadro 2 - Atividades de educação permanente em PICs realizadas no município de Florianópolis até o ano de 2016	40
Quadro 3 - Categorias referentes as bases cognitivas da biomedicina e medicina chinesa	42
Quadro 4 - Estudos relacionados à educação em acupuntura encontrados na base de dados PubMed e LILACS	55
Quadro 5 - Lista de artigos incluídos na revisão das bases de dados PubMed e LILACS.....	57
Quadro 6 - Atributos de ensino-aprendizagem que compreendem a pedagogia e andragogia	59
Quadro 7 - Caraterização dos acupunturistas com experiência em ensino em acupuntura e frequência de participação na oficina de consenso	84
Quadro 8 - Tópicos abordados no módulo teórico na terceira edição da Educação Permanente em Acupuntura.....	88
Quadro 9 - Caraterização sócio-demográfica, perfil profissional e participação nos grupos focais dos profissionais envolvidos no estudo	108
Quadro 10 - Caraterização sócio-demográfica, perfil profissional dos residentes de MFC envolvidos no estudo.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
ARD – Acupuncture-related document
ASD – Acupuncture-specific document
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CPIC – Comissão de Práticas Integrativas e Complementares
ESF – Estratégia Saúde da Família
EPS – Educação Permanente em Saúde
HU- Hospital Universitário
MAC – Medicinas Alternativas e Complementares
MFC- Medicina de Família e Comunidade
MT – Medicina Tradicional
MTC- Medicina Tradicional Chinesa
OMS – Organização Mundial da Saúde
PICs Práticas Integrativas e Complementares
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNH – Política Nacional de Humanização
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SC – Santa Catarina
SMS- Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO	25
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E ACUPUNTURA	25
1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O ENSINO EM ACUPUNTURA	41
1.3 REVISÃO DE LITERATURA	48
1.4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA	58
2 OBJETIVOS	71
2.1 OBJETIVO GERAL	71
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71
3 MÉTODO	72
3.1 CARACTERIZAÇÃO E DELINEAMENTO METODOLÓGICO	72
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	73
3.3 PARTICIPANTES	90
3.4 PROCEDIMENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	91
3.5 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	99
3.6 CONSIDERAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS	105
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	107
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	107
4.2 APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS	109
4.3 ARTIGO 1	111
INTEGRANDO A ACUPUNTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE UM MODELO EDUCATIVO IMPLEMENTADO NO SUS DE FLORIANÓPOLIS	111
4.3 ARTIGO 2	125
REPERCUSSÕES DO ENSINO DA ACUPUNTURA NA PRÁTICA DE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA	125
4.4 ARTIGO 3	155
ACUPUNTURA NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	155

4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO COMPLEMENTARES DOS RESULTADOS.....	175
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	180
REFERÊNCIAS	185
APÊNDICES.....	202
APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 1	202
APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 2	203
APÊNDICE C - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 3	204
APÊNDICE D - MODELO DE FICHA DE AVALIAÇÃO DE CADA AULA MINISTRADA NO CURSO	205
APÊNDICE E - EXEMPLO DE FICHA DE FREQUÊNCIA COM PONTOS UTILIZADOS EM AULA PRÁTICA POR UM DOS PARTICIPANTES DA TERCEIRA EDIÇÃO DO CURSO	206
APÊNDICE F - EXEMPLO DE EXERCÍCIO REALIZADO POR UM DOS PARTICIPANTES DA TERCEIRA EDIÇÃO DO CURSO DURANTE A AULA DE REVISÃO.....	207
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	208
ANEXOS	210
ANEXO A - EMAIL INFORMATIVO DA PRIMEIRA EDIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ACUPUNTURA	210
ANEXO B - DETALHAMENTO DA PRIMEIRA EDIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ACUPUNTURA.....	211
ANEXO C - CRONOGRAMA DE AULAS DO MÓDULO TEÓRICO DA 1ª EDIÇÃO.....	212
ANEXO D - DETALHAMENTO DA SEGUNDA EDIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENT EM ACUPUNTURA	213
ANEXO E - CRONOGRAMA DE AULAS DO MÓDULO TEÓRICO DA 2ª EDIÇÃO.....	214
ANEXO F - DETALHAMENTO DA TERCEIRA EDIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ACUPUNTURA.....	215
ANEXO G - OFICINA DE CONSENSO 1 - OURO PRETO OUTUBRO DE 2013 - DIVULGAÇÃO DA OFICINA NO PROGRAMA DO CONGRESSO.....	216

ANEXO H - OFICINA DE CONSENSO 2 - FLORIANÓPOLIS MAIO DE 2014 - DIVULGAÇÃO DA OFICINA NO PROGRAMA DO CONGRESSO	217
ANEXO I - OFICINA DE CONSENSO 3 - SÃO PAULO NOVEMBRO DE 2014 - DIVULGAÇÃO DA OFICINA NO PROGRAMA DO CONGRESSO	218

APRESENTAÇÃO

A presente tese está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O trabalho foi conduzido sob orientação do Prof. Dr. Charles Tesser, o qual tem como linha de pesquisa as “Interfaces entre a qualificação do cuidado médico, a organização dos serviços de atenção primária à saúde e as medicinas alternativas e complementares”.

A construção deste trabalho envolveu a cooperação interinstitucional entre UFSC e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, instituições das quais o doutorando é vinculado. Formado em medicina na UFSC no ano de 2006, o aluno (autor desta tese) cursou a residência médica em acupuntura no Hospital Regional de São José-SC (2008-2010) e realizou mestrado na área de neurociências (2010-2012) investigando os mecanismos neurobiológicos da ação analgésica da acupuntura. Em 2010, passou a integrar o quadro de médicos da SMS Florianópolis, instituição na qual iniciou a trabalhar como plantonista de uma Unidade de Pronto Atendimento e também foi convidado a compor a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC).

Durante o trabalho junto à CPIC, o doutorando participou do processo de implantação das práticas integrativas e complementares (PICs) na atenção primária à saúde (APS) do município de Florianópolis. A partir das atividades na CPIC surgiu o interesse em estudar o uso de iniciativas de educação permanente como estratégia de expansão das PICs na APS. Trabalhando também como médico do Serviço de Medicina Integrativa e Acupuntura do Hospital Universitário da UFSC, o aluno auxiliou na elaboração de uma atividade educativa em acupuntura para médicos da APS, a qual tornou-se o tema de estudo desta tese.

No marco dessa contextualização, cabe destacar que o fenômeno estudado envolve o ensino da acupuntura e suas repercussões na prática de médicos (efetivos e residentes) da APS de Florianópolis. A esse respeito, optou-se por realizar um estudo exploratório e descritivo norteado pelos princípios de pesquisa qualitativa. No capítulo de introdução desta tese são apresentados os principais temas e conceitos envolvidos no estudo, além da revisão de literatura que buscou expor o estado da arte sobre o assunto investigado. Ainda na introdução, também são apresentados os autores cujas ideias serviram de referencial teórico-epistemológico para o trabalho.

O capítulo de resultados e discussão está organizado no formato de artigos, conforme previsto no regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. São apresentados três artigos referentes a: 1- Integração da acupuntura no contexto da APS de Florianópolis através da educação permanente; 2- Repercussões do ensino da acupuntura na prática de médicos da APS; 3; Experiência de ensino da acupuntura para residentes de Medicina de Família e Comunidade. Além dos artigos, é realizada uma discussão complementar que envolve a articulação e interpretação dos resultados à luz dos conceitos dos referencias teóricos selecionados.

No capítulo de considerações finais são ressaltados os principais achados dos estudo, aspectos que destacaram-se na trajetória de pesquisa e as contribuições trazidas por esta tese para o campo da saúde coletiva. O presente trabalho foi realizado no período entre 2012 e 2016 e contou com o auxílio de vários colaboradores, os quais estão mencionados no tópico de agradecimentos.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E ACUPUNTURA

A atenção primária à saúde (APS) refere-se a uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Neste sentido, as práticas na APS são direcionadas à dinâmica existente no território de cobertura e da população que lá vive, sob qual assume-se responsabilidade sanitária (MATTA; MOROSINI, 2006).

O marco histórico que definiu a APS como eixo estruturante dos sistemas de saúde universais foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e realizada em Alma Ata (Cazaquistão) em 1978 (HALL; TAYLOR, 2003). O resultado desta conferência, na qual participaram representantes de todos os países do mundo, foi a elaboração de uma declaração solene que enfatizou: a) saúde como um direito humano básico; b) o papel do Estado na prestação universal de cuidados de saúde (todo cidadão tem direito às ações e serviços de saúde); c) participação da comunidade como um pré-requisito fundamental para os cuidados de saúde eficaz (MACIOCCO; STEFANINI, 2007).

Ao longo dos 30 anos seguintes à conferência de Alma Ata, verificou-se que países que construíram sistemas universais de cuidados à saúde e que adotaram a APS como porta de entrada têm resultados mais satisfatórios e equânimes em comparação com nações que utilizam a medicina subespecializada como modelo (STARFIELD, 2002; ROHDE et al., 2008). A esse respeito, são países que se destacam pela estruturação da APS: Brasil, Canadá, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido, Suécia (MENDES, 2013).

A atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo de enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. Entre elas está o fato da APS lidar com problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares (STARFIELD, 2002). Se comparada à medicina subespecializada a APS é menos intensiva, tanto em capital como em

trabalho, e menos hierárquica em sua organização. Por isso, torna-se mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a universalidade do acesso ao sistema de saúde iniciou sua estruturação a partir de um movimento político-social conhecido como reforma sanitária e que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Instituído na constituição federal brasileira em 1988, o SUS representa no momento, mais de 25 anos após sua instalação, a única forma de acesso e assistência à saúde para aproximadamente dois terços da população do Brasil (CONILL et al., 2010; MENDES, 2013). Convém ressaltar que apesar do acesso universal ser garantido no plano legal, a falta de investimentos compatíveis com a ampliação da cobertura favoreceu o crescimento do segmento de saúde suplementar, que cobre trabalhadores de alguns setores econômicos e a população dos estratos de renda mais altos. O resultado disso é existência de uma mescla público-privada no financiamento, prestação e utilização dos serviços de saúde no Brasil (CONILL et al., 2010).

No contexto do SUS, o Ministério da Saúde utiliza a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a expansão, qualificação e consolidação da APS no país. A ESF destina-se a atuar em uma população adscrita, com medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, sendo as ações realizadas por uma equipe multiprofissional (MENDES, 2012). O número de equipes da ESF implantadas vem crescendo significativamente, atingindo 39.942 equipes em dezembro de 2015, cuidando de cerca de 123 milhões de pessoas, o que corresponde a 60,6% da população brasileira (BRASIL, 2015b). A expansão da ESF no Brasil tem gerado um aumento da necessidade de formação de profissionais capacitados para atuar nesse contexto, sendo este um dos maiores desafios atuais para a consolidação de uma APS de qualidade (MACINKO; HARRIS, 2015).

Os profissionais da saúde da APS lidam com usuários do SUS que recorrem ao serviço de saúde por uma ampla variedade de problemas. Contrastando com o que ocorre na atenção secundária, os profissionais de saúde da APS estão mais próximos do ambiente do paciente e por isso geralmente estão em uma melhor posição para avaliar o papel de múltiplos e interativos determinantes do processo saúde-doença (STARFIELD, 2002). Tendo em vista este cenário, profissionais qualificados atuando em equipes na APS são essenciais para construir acesso, resolubilidade, coordenação dos cuidados e

utilização de abordagens comunitárias e empoderadoras (TESSER; NORMAN, 2014).

Um dos principais desafios atualmente enfrentados no contexto nacional é falta de médicos que desejem trabalhar a na APS e que estejam preparados para inserir-se neste contexto (DE ARRUDA CAMPOS; MALIK, 2008). No Brasil, o médico ao concluir a graduação é considerado um generalista ou clínico geral, o que é caracterizado por um entender básico de todas as áreas da medicina. No entanto, devido a características que predominam nos currículos de formação médica no Brasil, é comum que o médico generalista recém formado esteja mais habituado a lidar com doenças vistas na atenção secundária especializada e hospitais (TESSER, 2008).

A assimetria entre necessidades da APS e formação médica tem sido amplamente discutida na última década no Brasil; e resultou nos processos de reforma curricular observados em diversas escolas médicas (FRANCO et al., 2014). Com este processo, criou-se uma nova perspectiva, onde espera-se que a maior parte dos médicos saia da faculdade preparada para trabalhar no contexto da APS. Além disso, no cenário atual brasileiro há um incentivo, através de programas nacionais, para que ocorra o aumento da cobertura de assistência médica na APS e a especialização de médicos na área da Medicina de Família e Comunidade (MFC) (SANTOS et al., 2015).

A MFC é uma especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente às pessoas, suas famílias e à comunidade, tendo como principal campo de atuação a APS (LOPES, 2012). A formação em MFC é caracterizada por um modelo de prática médica centrada na pessoa e na relação médico paciente, com foco na família e orientada para a comunidade, privilegiando, por consequência, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde (ANDRESON et al., 2007).

Baseando-se nas em experiências internacionais quanto à formação de especialistas em MFC, e buscando a melhor adequação às necessidades dos programas de residência no Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade publicou em 2015 um Currículo Baseado em Competências para residentes de MFCs (SBMFC, 2015). Esta publicação é resultado de um trabalho que envolveu a participação de dezenas de especialistas com experiência no tema no Brasil e no exterior. Atualmente, este currículo serve de guia para os programas de residência em MFC no país.

A estrutura do currículo baseado em competências para formação em MFC conta com três eixos, sendo dois deles obrigatórios

(fundamentos e atenção à saúde) e um deles opcional (formação complementar). Este último conta com dois tópicos curriculares: Medicina Rural e Práticas Integrativas e Complementares (PICs). A proposta de ensino de PICs consta como um estágio optativo durante a residência de MFC, onde são propostos três níveis de competência: (1) essencial: o residente conhece basicamente os aspectos teóricos de práticas integrativas e complementares mais comuns (homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais) e sabe indicá-las para seus pacientes; (2) desejável: domina a teoria de pelo menos uma destas práticas; (3) avançado: aplica a área que domina em benefício de seus pacientes (SBMFC, 2015).

No contexto das PICs no Brasil, o Ministério da Saúde, exercendo as atribuições de coordenação do SUS, publicou em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006). Esta política atende, sobretudo, às necessidades de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar práticas de Medicinas Tradicionais. De acordo com a OMS, as medicinas tradicionais são formas de cuidado que baseiam-se nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, quer sejam explicáveis ou não pela ciência, usadas para manutenção da saúde, como também para prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças físicas e mentais (WHO, 2013). Na literatura científica e em texto institucionais é comum a utilização de termos como medicina complementar, medicina alternativa, medicina não-convencional ou medicina não-biomédica para referirem-se à medicina tradicional (WHO, 2013).

A publicação da PNPIC vem ao encontro das resoluções da OMS sobre a formulação e implementação de políticas públicas para o uso integrado e racional de Medicina Tradicional e Medicina Complementar /Alternativa nos sistemas nacionais de saúde (WHO, 2013). No contexto brasileiro, as modalidades terapêuticas previstas nas PNPIC incluem a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Antroposófica e o Termalismo social (WHO, 2013). O principal objetivo desta política é incorporar e implementar as PICs no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, de acordo com os princípios básicos do SUS, e contribuir para o aumento da resolubilidade e ampliação do acesso às PICs.

A PNPIC também define que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com

as diretrizes e responsabilidades estabelecidas na política (BRASIL, 2006). Neste sentido, para garantir a incorporação das PICs nos serviços públicos de saúde, compete aos gestores, em cada esfera de gestão, o desenvolvimento de normatizações para regulamentação e promoção das PICs na rede pública de saúde, bem como o acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas.

Conforme a PNPIC, as terapias incluídas na política envolvem abordagens que buscam estimular mecanismos naturais de prevenção e tratamento de problemas de saúde através de intervenções seguras e efetivas (BRASIL, 2006). O uso das PICs estimula o desenvolvimento de uma relação terapêutica e de integração dos indivíduos com o seu próprio corpo, o meio ambiente e a sociedade. Além disso esta abordagem tem o potencial de promover uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente o auto-cuidado (WHO, 2013).

Alguns autores apontam que um dos benefícios da implementação das PICs nos sistemas de saúde estaria em estas práticas auxiliarem no manejo do processo conhecido como medicalização social (TESSER; BARROS, 2008). Este último é conceituado como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina¹ por meio da redefinição de experiências, aspectos e comportamentos humanos, antes manejados autonomamente, como se fossem problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios (TESSER, 2006; CONRAD, 2007). Tal processo envolve transformações culturais que diminuem a autonomia dos indivíduos em relação a capacidade de lidar com problemas cotidianos (ILLICH, 1981).

Na década de 1970, Illich (1981) denunciou de forma contundente como a medicalização da vida e da sociedade gera alguns problemas que repercutem nas formas de uso e procura por cuidados médicos, influenciando quase todos aspectos da vida das pessoas, e de todas as profissões e atividades profissionais da área saúde. Neste contexto, há perda da competência e da segurança culturais para que se enfrente, individual e micro-socialmente, grande parte das frustrações, sofrimentos, tristezas, adoecimentos, fases e crise na vida; o que em certa medida torna a população mais dependente da biomedicina (TESSER, 2006).

Não se pode negar os evidentes benefícios alcançados com todos os avanços científicos da biomedicina no tratamento de diversas

¹ Biomedicina aqui refere-se a medicina ocidental contemporânea, também conhecida como medicina científica.

² Técnica de acupuntura que utiliza estímulos no couro cabeludo com base no

doenças, os quais modificaram a perspectivas na abordagem de condições que naturalmente levariam as pessoas ao óbito ou a sequelas incapacitantes. Por outro lado, influenciado pelo processo de medicalização social, o uso exagerado e inapropriado das intervenções biomédicas, ao invés de trazer benefícios, começou por vezes a tornar-se lesivo aos pacientes; gerando iatrogenias evitáveis (NORMAN; TESSER, 2009). A iatrogenia, relativa aos danos causados pela intervenção médica (muitas vezes desnecessária) no indivíduo, tornou-se em diversos países um problema de dimensão coletiva e populacional. Este problema cresceu tanto a ponto de ser recentemente relacionado com a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos da América (MAKARY; DANIEL, 2016). Atualmente, está em construção um conceito que busca identificar, prevenir e manejar os problemas causados pelas intervenções biomédicas desnecessárias, conhecido como prevenção quaternária (NORMAN; TESSER, 2009). Esta corresponde a uma versão nativa dos profissionais da APS para as já antigas críticas ao excesso de intervenção e dano iatrogênico da biomedicina, cujo mérito é intentar traduzir e fomentar uma conscientização e reação atitudinal e prática desses profissionais à excessiva medicalização no cuidado biomédico.

No contexto brasileiro contemporâneo, processo de medicalização social tem gerado uma excessiva demanda ao SUS e uma dificuldade dos profissionais de saúde de lidarem com grande parte dos problemas pelos quais a população busca assistência, o que aumenta o risco de iatrogenias (TESSER, 2010). A esse respeito, observa-se no campo da saúde coletiva a emergência de novas abordagens de se pensar o adoecimento, tais como a clínica ampliada, a humanização do atendimento, as discussões sobre a integralidade das ações de saúde e a produção do cuidado com vistas à transformação do modelo tecnoassistencial (GUEDES et al., 2006).

Entre estas abordagens, a pluralização terapêutica do SUS através das PICs, ou seja a valorização e o oferecimento de práticas e medicinas alternativas e complementares, surge como possibilidade e recurso a mais de cuidado menos reforçadora da medicalização ou, pelo menos, redutora de danos (TESSER; BARROS, 2008; TESSER, 2010). Dentro dessa ótica, estratégias de ensino-aprendizagem de saberes médicos diferentes do modelo biomédico poderiam auxiliar o profissional a encontrar modelos explicativos e propostas terapêuticas que ajudem a melhorar a qualidade dos cuidados à saúde e a superar os atuais limites das intervenções biomédicas (TESSER; BARROS, 2008; NOGUEIRA, 2010).

Cunha (2005) propõe que o contato e prática da Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura e da Homeopatia podem ser recursos importantes no auxílio da construção da clínica ampliada na APS. Nesse sentido, o profissional ao entrar em contato com outras racionalidades médicas cria uma visão crítica sobre as vantagens e desvantagens do uso do modelo biomédico (NOGUEIRA, 2010). Essa visão, quando instrumentalizada na prática da APS, pode servir como ferramenta para o cuidado de indivíduos cujos sintomas não se enquadram ao modelo biomédico, conhecidos como sintomas médicos inexplicáveis (DIRKZWAGER; VERHAAK, 2007), que estão altamente sujeitos ao processo de medicalização social e a iatrogenia. A esse respeito, alguns estudos tem demonstrado que a MTC e a acupuntura quando oferecidas em conjunto com os cuidados biomédicos podem melhorar efetividade do cuidado clínico e reduzir a exposição das pessoas a intervenções biomédicas desnecessárias (PATERSON et al., 2011; RUGG et al., 2011).

A MTC é um sistema médico utilizado há milhares de anos na China. Suas bases filosóficas abordam as interações entre o homem e a natureza e a inter-relação harmônica entre opostos complementares (Yin-Yang). As modalidades terapêuticas da MTC incluem acupuntura e moxabustão, farmacoterapia chinesa (plantas medicinais chinesas), dietoterapia, práticas corporais (qi gong, tai-chi-chuan) e são utilizadas tanto na prevenção e tratamento de doenças como na promoção da saúde. A MTC considera o indivíduo como um todo orgânico em movimento contínuo e interconectado com o ambiente circundante, sendo o corpo humano visto como um microcosmo (LIU, 2005).

A Acupuntura é uma modalidade terapêutica utilizada na MTC há mais de 3000 anos (LIU, 2005). Há registros de que este é uma das formas de cuidado mais antigas descritas na história da medicina (DORFER et al., 1999). Ao contrário de outros procedimentos médicos que através dos séculos caíram em desuso, a acupuntura nunca deixou de ser praticada e atualmente é um dos tratamentos mais populares em todo mundo (MACPHERSON et al., 2007).

O tratamento com acupuntura consiste em uma forma de cuidado à saúde que aborda de modo abrangente e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. A PNPIC define a acupuntura como uma prática que compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças

(BRASIL, 2006b). Atualmente, diferentes concepções e linhas teórico-filosóficas servem como base para o ensino da acupuntura no ocidente, entre estas a linha da MTC é a mais conhecida e praticada (AHN; KAPTCHUK, 2005).

Um dos desafios iniciais enfrentados para introdução da acupuntura nos países do ocidente era ceticismo por parte da comunidade científica, principalmente em relação ao estranhamento do uso da terminologia e propostas terapêuticas baseadas nos princípios da MTC (AHN; KAPTCHUK, 2005). Assim, principalmente a partir da década de 1970, os pesquisadores ocidentais iniciaram a busca da demonstração de efeitos fisiológicos específicos que justificassem a utilização da acupuntura pela lógica do modelo biomédico (STUX; HAMMERSCHALG, 2005). O resultado inicial disso foi a demonstração do aumento do nível de opióides endógenos (endorfinas) que ocorre, tanto em tecidos periféricos quanto no sistema nervoso central, após o agulhamento e eletroestimulação dos pontos de acupuntura (ULETT et al., 1998). Este fato aumentou o interesse do estudo da acupuntura no campo das neurociências e auxiliou, até o presente momento, a elucidação parcial dos mecanismos anti-nociceptivos, anti-inflamatórios e imuno-moduladores do agulhamento por acupuntura (STUX; HAMMERSCHALG, 2005; ZHAO, 2008).

Um fenômeno curioso observado no contexto da acupuntura é a trajetória percorrida por alguns pesquisadores reconhecidos da área. Alguns destes que aprenderam acupuntura segundo os princípios da MTC, um modelo empírico com fortes bases filosóficas que é aplicado com bons resultados há milênios, voltaram-se exclusivamente ao uso do modelo biomédico linear de causalidade em busca explicações objetivas e racionais (MANN, 2000). Por outro lado, outros pesquisadores que originalmente foram treinados no modelo científico ocidental, ao invés de seguirem sua “trajetória biomédica natural” de pesquisa, ao aprenderem a MTC, iniciaram a buscar outros modelos explicativos dos fenômenos observados (MACPHERSON et al., 2007).

A presença destes dois estilos de pesquisadores, no cenário atual de pesquisa, faz com que a acupuntura seja foco de grandes discussões e controvérsias no meio acadêmico (LANGEVIN et al., 2011; COLQUHOUN; NOVELLA, 2013). Contudo, estas mesmas controvérsias permitem que o campo da acupuntura estabeleça um ambiente favorável e fértil para que ciência, filosofia e cuidados à saúde sejam abordadas e refletidas em seus diferentes aspectos por seus praticantes (MACPHERSON et al., 2016).

Existem claras distinções filosófico-culturais entre o modelo biomédico e o modelo da MTC enquanto orientadores da acupuntura. O primeiro tem uma abordagem mecanicista, objetiva, busca esclarecer mecanismos de ação, relacionar causa e efeito, e separar os aspectos relativos a corpo e mente. A segunda tem uma abordagem holística, subjetiva, tenta esclarecer inter-relações e vê o corpo e a mente como sendo componentes interconectados e inseparáveis (MACPHERSON et al., 2007). Neste contexto, um questionamento frequente daqueles que estão iniciando a prática da acupuntura é: qual é o melhor modelo para tratar os pacientes?

No final da década de 1990, iniciou-se uma discussão conduzida por algumas universidades dos Estados Unidos para abordar esta pergunta e outras questões relacionadas às Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) (TEMPLEMAN; ROBINSON, 2011). O resultado desta iniciativa foi a criação da chamada Medicina Integrativa, conceito que gerou um dos mais recentes debates sobre a introdução e gerenciamento de novas práticas nos sistemas nacionais de saúde (OTANI; BARROS, 2011).

O uso do termo Medicina Integrativa tornou-se abrangente e polissêmico na literatura e suas definições incluem: integração da medicina convencional com as MAC; utilização de evidências; combinação de antigos sistemas de cura com a biomedicina; valorização do relacionamento médico-paciente e da comunicação; consideração da pessoa por inteiro; e enfoque na saúde, na cura e na prevenção de doenças (OTANI; BARROS, 2011).

No campo da pesquisa em medicina integrativa e acupuntura, são muitos os questionamentos e controvérsias sobre as formas e investigação destas intervenções, como por exemplo: como utilizar o método de pesquisa biomédico para investigar a medicina oriental? Como implementar nas pesquisas as experiências individuais, frequentemente difíceis de categorizar, relatadas pelos pacientes? Como desenhar estudos que consigam comparar acupuntura (orientada pela biomedicina ou pela MTC) e o tratamento biomédico convencional? Há diferença no desfecho clínico entre os diversos estilos e escolas de acupuntura? Existe algum método placebo que possa ser utilizado como controle da acupuntura? Até o momento não existem respostas definitivas para estas perguntas. Entretanto, é notável a quantidade de pesquisadores engajados em discutir e buscar esclarecimentos a estes questionamentos (MACPHERSON et al., 2007; LANGEVIN et al., 2011).

No contexto das pesquisas clínicas, é crescente o número de estudos que evidenciam a eficácia da acupuntura para o tratamento de diversas doenças (CUMMINGS, 2009). Considerando a classificação de Oxford, os níveis de evidência científica das intervenções médicas variam desde o nível 5 (o mais baixo, composto por opinião de especialistas ou resultado de pesquisa básica) até nível 1 (o mais alto, composto por revisões sistemáticas e metanálises) (OXFORD, 2009). Com base nesta classificação, até momento há nível de 1 evidência para o tratamento com acupuntura de condições como dor crônica, migrânea, cefaleia tipo tensional, lombalgia, depressão e cervicálgia (FURLAN et al., 2005; TRINH et al., 2006; LINDE et al., 2009a; b; ZHANG et al., 2009; VICKERS et al., 2012).

Há vários outros problemas de saúde nos quais os resultados das pesquisas em acupuntura são promissores, porém grande parte destes estudos carece de boa qualidade metodológica e, por isso, a maioria das metanálises conduzidas até o momento apontam como inconclusivas as evidências para o uso da acupuntura (ERNST, 2009). É importante ressaltar que ‘inconclusiva’ não é sinônimo de ‘não eficaz’. Até 2015, a colaboração Cochrane (instituição mais respeitada na elaboração de metanálises) tinha registradas 61 revisões sistemáticas investigando o efeito da acupuntura. Entre estas, 15 demonstraram a eficácia do tratamento acupuntura, 46 apresentaram evidências inconclusivas e nenhuma demonstrou a não eficácia (LIRA, 2015).

A partir do crescimento das evidências científicas, e com a publicação de um relatório da OMS indicando o uso da acupuntura para uma relação de mais de cem doenças (WHO, 2003), a prática desta modalidade terapêutica consolidou-se em diversos sistemas de saúde dos países do ocidentais. Neste sentido, a acupuntura tem sido usada tanto como fonte primária de tratamento quanto para complemento dos cuidados biomédicos convencionais (WHITE et al., 2008). Estudos recentes demonstram que a abordagem holística, a efetividade e a segurança presentes no tratamento com acupuntura são fatores descritos pelos profissionais de saúde como favoráveis para sua integração à medicina convencional (GARCIA-ESCAMILLA et al., 2016).

No contexto da atenção primária à saúde demonstrou-se em um estudo holandês que pacientes tratados por médicos de APS com formação em acupuntura tem menor gasto com internações hospitalares e com medicamentos, além de apresentarem melhora expectativa de vida (KOOREMAN; BAARS, 2011). Outro estudo europeu demonstrou que a prática da acupuntura na APS promove a redução de encaminhamentos de pacientes para o tratamento com fisioterapia e para

especialidades como reumatologia e ortopedia (ROSS, 2001). Adicionalmente, em pesquisa com usuários do sistema de saúde de Israel demonstrou-se que estes esperam que o tratamento com acupuntura seja realizado na APS (BEN-ARYE et al., 2008).

No Brasil, as discussões sobre a prática de acupuntura ampliaram-se a partir da década de 1980, coincidindo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como destaque deste período está a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e, em 1988, as Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), nº 4, 5, 6, 7 e 8/88 (BRASIL, 2006b). Desde o início do SUS houve um aumento progressivo do uso da acupuntura no país, sendo que no período entre 2000 e 2007 registrou-se uma média de 225.000 consultas/ano em acupuntura (MIN; COSTI, 2009). Entre as modalidades terapêuticas contempladas na PNPIC, a acupuntura representa maior parte dos atendimentos desta prática em termos de número registros no SUS (BRASIL, 2006b).

A utilização da acupuntura no contexto da APS parece ter uma ressonância não problemática com as demais práticas biomédicas já existentes. Nesse sentido, a inserção das práticas em MTC/Acupuntura têm a potencialidade de promover a ampliação da clínica ao expandir o conhecimento técnico do profissional, aumentando o leque de possibilidades terapêuticas, uma vez que promove um enriquecimento interpretativo e terapêutico (TESSER; BARROS, 2008), além de contribuir para a promoção da saúde (TESSER, 2009).

Um dos desafios enfrentados na integração das Práticas de MTC/Acupuntura na APS é a formação profissional, uma vez que são escassos os profissionais que trabalham nas equipes de ESF e que tem formação na área MTC/Acupuntura. Esta falta de profissionais com conhecimento de MTC/Acupuntura ocorre, em parte, pela deficiência de formação existente na graduação dos profissionais de saúde (CHRISTENSEN; BARROS, 2008). Aliado a isso, existem poucos cursos ou programas de treinamentos no âmbito público que ofereçam de forma regular e sistemática formação ou especialização em MTC/Acupuntura à profissionais da área da saúde.

Um dos poucos exemplos de formação pública em acupuntura, no qual o Brasil é pioneiro entre os países ocidentais, é o programa de residência médica em acupuntura (COSTI, DA SILVA, et al., 2012). Este programa, com 5760 horas de duração, atualmente está presente em dez instituições de ensino e hospitais públicos do brasileiros e tem como objetivo formar profissionais habilitados a atuarem tanto como especialistas na atenção secundária e terciária, quanto na composição

dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Com exceção da residência médica em acupuntura, a maior parte das formações em acupuntura no Brasil são realizadas por instituições privadas, as quais não estão contextualizadas na lógica de trabalho do SUS. O resultado disso é uma lacuna no campo do ensino da acupuntura para o profissional que atua na APS.

Uma forma de ampliar a oferta e promover o acesso de práticas relacionadas à MTC/Acupuntura na APS, descrita nas diretrizes PNPIC, é o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICs para profissionais do SUS através dos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2006). As atividades em EPS correspondem aos processos educativos relacionados à educação em serviço utilizados para articular a tarefa da ampla aproximação entre formação, gestão, atenção e participação social em área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde, sendo que a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem (CECCIM, 2005b).

Entre as diferentes estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas no contexto do SUS destacam-se: (a) atividades educativas organizadas na lógica da educação permanente e (b) capacitações sob a forma educação continuada (Quadro 1). Esta última tem sido uma das estratégias de ensino mais usadas nos serviços de saúde. Nesse caso a capacitação geralmente é organizada através de ações intencionais e planejadas, têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios ou pelo menos em escala suficiente (BRASIL, 2009). Cabe ressaltar que as capacitações desenvolvem-se, também, sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que antecipam e determinam o espaço dentro do qual esta atividade pode operar, muitas vezes já indicando seus limites e possibilidades para seguimento de um protocolo ou guideline (BRASIL, 2009).

A esse respeito alguns autores destacam a importância das capacitações através de atividades de educação continuada como forma de atualizar o profissionais e como meio de contribuir na instalação de alguns protocolos e condutas nos serviços de saúde. Por outro lado, algumas limitações também são observadas (ROSCHKE et al., 2002), entre elas: (1) a simplificação, que reduz o problema da educação de pessoal a uma questão de aplicação de métodos e técnicas, sem a compreensão substancial de seus enfoques teóricos de base e sem o entendimento estratégico do contexto político institucional de

realização; (2) a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional; (2) o imediatismo, pautado na possibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação rápida; (3) a baixa discriminação de problemas a superar, cuja solução não depende de capacitação e sim de outros fatores; (4) a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de começo e fim, além de sua dependência de fontes específicas de financiamento, ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo (BRASIL, 2009).

Quadro 1 – Quadro comparativo entre princípios utilizados nas estratégias de Educação Continuada e Educação Permanente.

Educação Continuada	Educação Permanente
Continuidade do modelo escolar ou acadêmico, com fins de atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar e em ambiente de sala de aula.	Utiliza o processo educativo como forma de posicionar os profissionais como atores reflexivos da própria prática, construtores do conhecimento e de alternativas de ação. Amplia os espaços de educação para fora da sala de aula.
Conceitua tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, preconizando o uso de protocolos e guidelines.	Articula e dinamiza o conhecimento técnico-especializado para o cotidiano das práticas, preconizando o desenvolvimento de flexibilidade e adaptabilidade às diferentes situações e contextos.
Realizada de forma isolada e em geral vinculada a algum programa específico ou ação programática.	Realizada de forma regular de modo a incorporar estratégias de ensino-aprendizagem ao cotidiano das organizações
Centrada em cada categoria profissional e com fragmentação disciplinar.	Enfoque na disseminação de conhecimento e problematização das práticas entre os membros da equipe profissional.
Realizada com direcionamento do ensino para o serviço.	Fomenta a integração entre ensino, serviço, gestão e controle social.

Fonte: Elaborada pelo autor, adaptado da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009).

Na busca de superar algumas destas limitações e com intuito de ampliar o processo reflexivo sobre as práticas em saúde e dimensionar a

ampla aproximação entre formação, gestão, atenção e participação social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), surge a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2009). A educação permanente fundamenta-se na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo, destacando a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde e a geração de auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação (CECCIM, 2005).

De acordo com a PNEPS, nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora maior parte das capacitações visem à melhoria do desempenho do pessoal, estas podem não estar alinhadas a uma estratégia de mudança institucional; orientação essencial nos processos de educação permanente. Adicionalmente, ressalta-se que a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso (BRASIL, 2009). Do ponto de vista da gestão, a EPS posiciona-se como uma estratégia educativa sustentável. Nesse sentido também são recomendáveis que se realizem atividades educativas dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estas estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional.

Desta forma, os processos de educação permanente requerem elaboração, desenho e execução a partir de uma ampla análise dos serviços de saúde ofertados e suas interfaces com a cultura institucional em que se inserem (BRASIL, 2009). A esse respeito, cabe destacar a experiência de EPS em PICs construída em Florianópolis. Este município desenvolveu um método que se baseia-se em princípios de co-gestão e EPS para implantação das PICs na APS (SANTOS; TESSER, 2012), o qual busca dar continuidade, sustentabilidade e legitimação ao uso das PICs na rede municipal de saúde.

O método de implantação das PICs desenvolvido em Florianópolis consiste em dois ciclos: 1- Regulamentação, legitimação e institucionalização das PIC com base na co-gestão: neste ciclo realiza-se (a) definição do núcleo de responsáveis pela implantação, (b) mapeamento de profissionais da rede que já tenham formação em PICs (c) regulamentação, organização do acesso, provimento de insumos e legitimação das PICs, (d) levantamento de centros de saúde que tenham interesse iniciar a incorporação de PICs, (e) realização de oficinas de pactuação de planos locais de implantação de PICs nos centros de saúde; 2- Implantação progressiva das PICs com base na EPS: neste

ciclo realiza-se (a) organização de atividades de educação permanente em saúde relacionadas às PICs, (b) apoio e monitoramento das atividades pactuadas.

Uma vez desenvolvidos e aplicados os ciclos que constituem o método de implantação das PICs em Florianópolis, observou-se que o conjunto articulado de atividades de EPS permitiu o aumento gradual da oferta de PICs na APS (SANTOS et al., 2014), principalmente através da realização de cursos introdutórios em diferentes modalidades terapêuticas. Até o momento mais de 300 profissionais da APS já realizaram algumas das atividades de EPS em PICs ofertadas, as quais estão listadas no quadro 2. Cabe destacar que para realização destes cursos, os agentes promotores das atividades de EPS são os próprios profissionais da rede municipal de saúde que tem expertise em alguma das PICs. Além disso, as atividades contam com apoio institucional e pedagógico da Universidade Federal de Santa Catarina, que auxilia na elaboração de material didático, no fornecimento de espaço físico para aulas e na colaboração de professores dos departamentos de saúde pública, clínica médica e história (SANTOS et al., 2014).

Com a expansão das ações de EPS relacionadas às PICs em Florianópolis surgiu o interesse em investigar a influência destas estratégias educativas nos cuidados ofertados na APS, bem como seus desdobramentos na prática clínica dos profissionais envolvidos. Nesse contexto, o presente trabalho vem a contribuir com o campo da saúde coletiva no sentido de investigar e analisar o desenvolvimento de um processo educativo em acupuntura na lógica da EPS e suas repercussões na prática de médicos da APS e residentes de MFC do município de Florianópolis.

Quadro 2 – Atividades de educação permanente em PICs realizadas no município de Florianópolis até o ano de 2016.

Área	Curso	Horas	Edições	Público alvo
MTC	Acupuntura	80h	3	Médicos da APS Residentes de MFC
	Auriculoterapia	8h	3	Profissionais de nível superior: enfoque para enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas
	Do-in (automassagem)	8h	2	Profissionais de nível superior, técnico e ACS: enfoque para ACS
	Reflexologia (automassagem)	8h	2	Profissionais de nível superior, técnico e ACS: enfoque para ACS
	Qi Gong	8h	3	Profissionais de nível superior: enfoque para fisioterapeutas e educadores físicos
Yoga	Yoga	24h	1	Profissionais de nível superior: enfoque para fisioterapeutas e educadores físicos
Plantas Mediciniais	Plantas medicinais	60h	2	Profissionais de nível superior: enfoque para médicos, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos
	Oficinas de plantas medicinais	4h	6	Todos profissionais de saúde de unidade e comunidade
Nutrição Integrativa	Nutrição vegetariana	8h	2	Profissionais de nível superior: enfoque para nutricionistas
	Alimentação viva	4h	1	Profissionais de nível superior: enfoque para nutricionistas
	Culinária Integrativa	16h	1	Profissionais de nível superior: enfoque para nutricionistas

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em pesquisa documental dos registros de educação permanente da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares do município de Florianópolis (2016).

1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O ENSINO EM ACUPUNTURA

A compreensão do processo de construção e transmissão do conhecimento no contexto da acupuntura, no qual convivem simultaneamente diversas formas de ensinar, atuar e de pensar, requer uma abordagem que contemple uma análise das premissas teóricas de aspectos históricos. O resgate do processo de desenvolvimento da medicina chinesa e sua introdução nos países de cultura ocidental auxilia o reconhecimento de aspectos que influenciam o ensino e prática da acupuntura no ocidente. A primeira noção histórica está na diferenciação entre os conceitos do que é considerado por alguns autores Medicina Clássica Chinesa e Medicina Tradicional Chinesa, em termos dos seus afastamentos e aproximações em relação à medicina ocidental moderna ou biomedicina (PALMEIRA, 1990; FRUEHAUF, 1999)

A base conceitual contida na Medicina Clássica Chinesa é derivada da observação empírica e sistemática das relações dinâmicas do universo, da contemplação dos ciclos da natureza, das funções dos organismos e de suas inter-relações. Essa base conceitual do pensamento chinês desenvolveu uma forma de raciocínio sintético e dinâmico que se diferencia do pensamento ocidental, caracterizado pelo raciocínio analítico e estático, baseado na causalidade linear (relações de causa-efeito) e na observação de objetos ou fenômenos controlados e relativamente isolados de seu contexto (GRANET, 1997).

O pensamento chinês clássico não opõe sujeito ao objeto, mas estabelece as ligações entre ambos. Não preocupa-se em distinguir o lógico e o real. Despreza a física da quantidade. Estabelece outras relações entre os números, o espaço e o tempo. Dominados pelas ideias de ordem, totalidade e ritmo, os chineses criaram categorias diferentes daquelas que dirigiram a formação do pensamento ocidental moderno (GRANET, 1997). O pensamento chinês está voltado para eficácia empírica e para sabedoria, buscando o entendimento das transformações de um mundo sempre em movimento (JULLIEN, 1997; 2000). Esse pensamento passa ao largo da busca de verdades ou de generalizações e contrasta com a lógica do pensamento realista científico que, influenciado pela filosofia ocidental e ciência moderna, é centrado na procura pela verdade, na busca de leis gerais que expliquem o

funcionamento do universo e no debate sobre a veracidade ou falsidade de ideias e teorias (JULLIEN, 1997; 2000).

A medicina chinesa e biomedicina diferem entre si essencialmente em sua base cognitiva (YONG GUANG, 2001). O quadro 3 resume as principais categorias que caracterizam as bases cognitivas entre os dois modelos descritas por Yong Guang (2001).

Quadro 3 – Categorias referentes as bases cognitivas da biomedicina e medicina chinesa.

	Biomedicina		Medicina Chinesa
Princípios filosóficos	Estruturalismo Reduccionismo	e	Holismo e Dinamismo
Objeto de análise	Elementos e estruturas		Sistemas e Funções
Objetivo de análise	Constituição composição	e	Interconexão Interação

Fonte: Adaptado de Yong Guang (2001).

Algumas vertentes históricas e conceitos influenciaram a transmissão do conhecimento da medicina chinesa para o ocidente, principalmente a noção do que se conhece como Medicina Clássica Chinesa e MTC. A primeira foi estruturada e sistematizada durante um período de dezessete séculos (até final da dinastia Han – Sec. 206 a.C.-220) (UNSCHULD, 1985). Houve, neste período, uma síntese de concepções cosmológicas e sociológicas dos filósofos chineses e de conhecimentos específicos do saber médico chinês, originando assim a racionalidade médica chinesa (LUZ; BARROS, 2012). Desenvolveram-se nesta época os mapas de pontos de acupuntura e os principais métodos de tratamento com acupuntura, moxabustão e ervas medicinais, além do registro e compilação de achados empíricos da prática médica (UNSCHULD, 1985).

A medicina clássica chinesa permaneceu sem rupturas teóricas significativas até o final da dinastia Qing (1644 a 1911). Durante esse período, a medicina chinesa foi levada a outros países asiáticos, como o Japão, a Coreia e o Vietnã, nos quais se desenvolveram outras especificidades e variações do uso de conceitos e práticas da medicina chinesa (UNSCHULD, 1987).

No início do século XX a China, enfraquecida após duas guerras contra a Inglaterra, cedeu ao poder militar e teve valores ocidentais introduzidos ao povo chinês. Foram criadas as primeiras faculdades de medicina ocidental (modelo biomédico) na China. Este período também

representou o fim do império e o início de uma era de modernização da nação, com maior valorização da ciência ocidental. A medicina clássica chinesa passou a ser considerada pelos governantes da China da época como um conjunto de crenças supersticiosas e foi banida oficialmente pelo governo em 1927 (BASTED, 2003).

A proposta de reabilitação e reconstrução da medicina chinesa teve início após a revolução comunista de 1949, tendo recebido suporte de Mao Tse-tung, após um período inicial de intensa perseguição aos antigos praticantes de MTC, identificados então com a “velha China” (MORAES, M. R. C., 2007). Era objetivo dos dirigentes do governo chinês resgatar parte da cultura tradicional criando uma síntese com a ciência e os valores modernos (BASTED, 2003). A demanda de institucionalização da medicina chinesa resultou no estabelecimento de uma sistematização unificada de termos e técnicas, que foi denominada na República Popular da China como “Nova Medicina” (UNSCHULD, 1985).

O conjunto de conhecimentos que tem por base cosmológica as doutrinas do Yin/Yang e dos Cinco Movimentos pertencentes à medicina clássica chinesa foi seletivamente padronizado, e ficou conhecido posteriormente, tanto na China quanto no Ocidente, como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Influenciada pelo marxismo revolucionário, a “nova” medicina tradicional foi reconfigurada com uma implícita preocupação com a lógica e com critérios de cientificidade ocidentais, principalmente através de classificações sindrômicas e uniformização de condutas. Neste processo houve relativização e exclusão de categorias e formas de pensamento de aspectos filosóficos que fundamentavam a medicina clássica chinesa (BASTED, 2003).

Há autores que diferenciam uma medicina clássica chinesa do que se apresenta oficialmente como medicina tradicional chinesa (MTC): esta seria uma versão modificada e reduzida daquela (HSU, 1999). Outro ponto significativo de diferença entre a medicina clássica e a MTC pode ser encontrado na sua fundamentação epistemológica. Enquanto a “nova medicina chinesa” vai aplicar um racionalismo um tanto ocidentalizado aos saberes tradicionais considerando-os “teorias”, a tradição clássica considera que o fundamento das noções básicas e a sua percepção devem ser obtidos através da prática e experimentação de várias técnicas (TESSER, 2013b).

Após a década de 1970, com a maior aproximação entre a China e os países do ocidente, iniciou-se o maior interesse da comunidade científica mundial em investigar os efeitos da acupuntura. Alguns dos

marcos históricos desta época foram a visita do presidente Nixon, dos Estados Unidos, à China e o relato de um jornalista do periódico *The New York Times*, que publicou sua experiência de analgesia pós-operatória através do tratamento com acupuntura durante viagem aquele país (RESTON, 1971). Ainda na década de 1970, após o relato da descoberta das endorfinas, pesquisadores de vários países iniciaram o desenvolvimento de teorias e explicações científicas da ação analgésica da acupuntura através destas moléculas (STUX; HAMMERSCHALG, 2005). A produção científica crescente na área gerou aceitação institucional da acupuntura no ocidente, que passou a desfrutar de legitimidade acadêmica e que por sua vez influenciou a própria medicina tradicional chinesa oficial.

Uma dificuldade enfrentada na transmissão do conhecimento da MTC para o ocidente foram as traduções dos termos em chinês para as línguas ocidentais (UNSCHULD, 1986). A racionalidade da medicina chinesa tradicional está alicerçada na presença e circulação de Qi no organismo, e na correspondência analógica entre as categorias simbólicas (Yin Yang e cinco movimentos). O Qi, assim como o Yin Yang, não tem uma tradução precisa. Seu significado literal seria “vapores que emanam da fermentação do arroz em direção ao céu” (FERREIRA, 1993). O Qi também seria para alguns “o movimento de uma substância sutil e invisível”, e para outros equivaleria ao “movimento da água se transformando em vapor” (BASTED, 2003). A tradução do Qi para o termo “energia”, realizada pelo diplomata francês Soulié de Morant, é considerada por muitos autores mais uma interpretação ocidental do termo do que uma tradução (MORAES, M.R.C., 2007).

O sinólogo Unschuld (1986) argumenta que o emprego do conceito de energia, emprestado da física, para qualificar as noções de fisiologia humana e etiologia das doenças da MTC, muito comum nos textos da atualidade, equivale a uma distorção no entendimento destas noções, decorrente da inadequação do uso da terminologia greco-latina para denotar os termos centrais da medicina tradicional chinesa. O autor sugere que esta distorção possa ser corrigida caso os filólogos recriem, em traduções sérias dos textos clássicos, a função metafórica específica dos termos centrais da medicina chinesa, para além de seu propósito técnico (UNSCHULD, 1985; 1986; UNSCHULD, 1987).

A utilização do termo Qi como energia gerou uma nova gama de interpretações da MTC, proliferadas através escolas que criam seus novos entendimentos e os aplicam através métodos diagnósticos e terapêuticos próprios (AHN; KAPTCHUK, 2005; MORAES, M.R.C.,

2007). Ainda assim, muitas destas escolas se consideram tradicionalistas por terem como base a medicina chinesa. A noção interpretada ou criada de “energia” abriu um diálogo da chamada “acupuntura energética” com o esoterismo, o ocultismo, a teosofia, o espiritismo, a física quântica e correntes terapêuticas influenciadas pelo magnetismo de Mesmer (MORAES, M.R.C., 2007).

A partir da década de 1980 a Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com universidades chinesas, criou uma série de recomendações sobre a utilização dos termos da MTC no ocidente (não recomendado a tradução do Qi como energia), bem como propôs modalidades de treinamento em acupuntura (WHO, 1991). Os programas de treinamento em Acupuntura descritos pela OMS são fundamentados na teoria da MTC e utilizam resultados dos estudos científicos para indicação da acupuntura para diversos tipos de doenças e na justificativa dos efeitos clínicos observados (WHO, 1999; 2003).

Também na década de 1980, muitos médicos que tinham aprendido acupuntura na China ou em escolas que reproduziam o modelo tradicional chinês, passaram a questionar a validade da utilização das teorias da MTC no ensino e prática da acupuntura. Estes questionamentos surgiram uma vez que estudos clínicos e experimentais (no moldes ocidentais) não conseguiram validar os pressupostos teóricos da MTC (MANN, 2000). Além disso, alguns autores consideram que devido a dificuldade das culturas ocidentais em compreender as teorias clássicas chinesas, sintetizadas no modelo da MTC, há uma tendência a má interpretação e mistificação destas teorias quando apresentadas a profissionais de saúde do ocidente (CAMPBELL, 2001).

Este movimento de questionamento da utilização do modelo da MTC, associado ao crescente desenvolvimento de teorias biocientíficas sobre os mecanismos do agulhamento por acupuntura e eletroestimulação, deu ensejo ao nascimento de uma outra forma de interpretar e utilizar os resultados obtidos com a prática da acupuntura. Esse movimento culminou no desenvolvimento de duas novas linhas de acupuntura, a Acupuntura Médica Ocidental e Acupuntura Neurofuncional (CARNEIRO, 2001; WHITE et al., 2008). Estas escolas aplicam os conhecimentos do modelo biomédico para o diagnóstico de disfunções e utilizam a acupuntura para restaurar a funcionalidade do organismo por meio dos efeitos fisiológicos obtidos pela estimulação percutânea do sistema nervoso periférico através das agulhas de acupuntura e de estímulos elétricos (CARNEIRO, 2001; WHITE, 2009; COUTO, 2015).

Em termos de definições, a Acupuntura Médica Ocidental é definida como: “modalidade terapêutica que envolve a inserção de agulhas finas; é uma adaptação de acupuntura chinesa usando o conhecimento atual de anatomia, fisiologia e patologia, e os princípios da medicina baseada em evidências. Embora a acupuntura médica ocidental tenha evoluído da acupuntura chinesa, seus praticantes não aderem a conceitos como Yin / Yang e da circulação de Qi, e usam a acupuntura como parte da medicina convencional em vez de um "sistema médico alternativo". Ela atua principalmente estimulando o sistema nervoso, e seus conhecidos modos de ação que incluem reflexos anoxonais locais antidrômicos, efeitos segmentares, neuromodulação extrasegmentar e outros efeitos no sistema nervoso central ” (White, 2009, p.33).

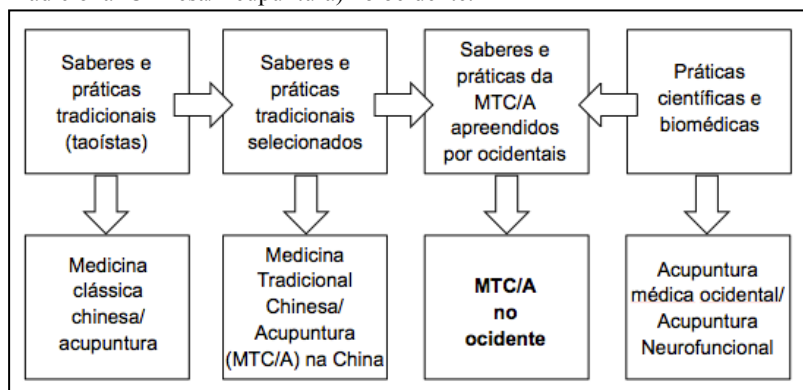
A Acupuntura Neurofuncional é definida como: “uma técnica terapêutica que se utiliza de agulhas de acupuntura ou de outras modalidades de estímulo mecânico ou físico para produzir efeitos neuromodulatórios somáticos. Para tanto, qualquer zona neuroreativa do corpo humano pode ser alvo das intervenções, desde que relacionada previamente a um diagnóstico de sensibilização neural, seja ao nível local, segmentar ou suprasegmentar. A escolha e a profundidade dos locais a serem estimulados dependem, em suma, das propriedades neurofisiológicas das estruturas que estão sendo estimuladas e dos efeitos previsíveis sobre a disfunção orgânica diagnosticada ... Embora a Acupuntura Neurofuncional utilize as clássicas agulhas de acupuntura, é considerada uma das formas mais eficazes de Neuromodulação Periférica” (Couto, 2015)

As escolas que seguem a Acupuntura Médica Ocidental, criada por médicos da Inglaterra, e Acupuntura Neurofuncional, desenvolvida por médicos canadenses e brasileiros, tem ganhado espaço e destaque entre os profissionais da área da saúde, principalmente os médicos (ENCARNAÇÃO et al., 2014). O uso de termos e conceitos conhecidos dentro do contexto da medicina ocidental e a justificativa de tratamento por meio de princípios de anatomia e fisiologia do modelo biomédico, tem auxiliado na maior aceitação da acupuntura entre outras especialidades médicas. Por outro lado, a expansão da prática da acupuntura através do modelo biomédico tem gerado um certo grau de estranhamento entre os praticantes desta nova modalidade e aqueles utilizam a acupuntura com base na MTC (MOTA, 2009) A figura 1 sintetiza as influências e transformações da prática da medicina chinesa e acupuntura no ocidente representadas pelos dois polos epistemológico-culturais (medicina clássica chinesa e acupuntura

médica ocidental), com suas formas transformadas e sincréticas intermediárias, correlacionadas a seus saberes e práticas que lhes dão sustentação.

No contexto da formação médica em acupuntura no Brasil, encontram-se escolas que disseminam diferentes modelos de formação da acupuntura. Algumas priorizam o ensino dos princípios da Medicina Tradicional Chinesa, outras abordam exclusivamente a Acupuntura Neurofuncional (DA SILVA, J. B. G. et al., 2013).

Figura 1 – Representação das influências sobre a prática da MTC/A (Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura) no ocidente.



Fonte: Adaptado de Tesser (2013).

Uma particularidade em relação ao ensino de acupuntura no Brasil é que este é o único país fora da China que oferece formação através da Residência Médica em Acupuntura. Uma das características desta modalidade de ensino é a de buscar conciliar a utilização tanto do conhecimento biomédico como da medicina tradicional chinesa (COSTI, DA SILVA, et al., 2012).

Até o momento, a nível de pós-graduação, a Residência Médica em Acupuntura é a única fonte pública e gratuita de ensino de acupuntura no país. O ensino da MTC/Acupuntura a nível de graduação é realizado em algumas escolas médicas no Brasil, contudo estas ainda representam a menor parte do total de faculdades de medicina brasileiras (CHRISTENSEN; BARROS, 2008). A falta de oferta de ensino de acupuntura nas universidades e a nível público em pós-graduações reflete-se no desconhecimento de profissionais da área da saúde sobre a prática e os potenciais benefícios do uso das abordagens em acupuntura/MTC no cuidados à saúde (CHRISTENSEN; BARROS,

2008; THIAGO S.; TESSER, 2011). Associado a isso, grande parte dos profissionais de saúde que realiza formações em curso privados de acupuntura acaba optando por atuar no mercado privado ou no sistema de saúde suplementar, o que gera uma escassez da oferta da acupuntura nos serviços públicos, principalmente na APS.

Há registro de duas iniciativas de ensino de acupuntura para profissionais da APS no Brasil, uma na cidade de Campinas e outra em Florianópolis. A experiência do ensino da acupuntura no município de Florianópolis é o foco de estudo desta tese e será detalhada adiante. A iniciativa da cidade de Campinas consistiu em um curso de Craniopuntura de Yamamoto² para médicos da rede de saúde do município de Campinas, o qual foi realizado no ano de 2005 (FERREIRA et al., 2006) através de parceria entre a Associação Médica Brasileira de Acupuntura e a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Participaram deste curso, que teve duração de dois meses (não há descrição da carga horária), 65 médicos. O grupo de participantes foi composto em sua maioria por mulheres, na faixa etária entre 36 e 45 anos, com tempo de atuação profissional entre 11 e 20 anos, sendo que a maior parte já possuía formação em alguma prática integrativa (inclusive especialização em acupuntura). Segundo o relato da experiência de Campinas, a técnica de Craniopuntura de Yamamoto destacou-se pela possibilidade de resolução de problemas de saúde sem efeitos colaterais, simplicidade na aplicação e a rapidez e eficácia da resposta terapêutica (FERREIRA et al., 2006).

Em nível internacional também são escassos os relatos sobre iniciativas de ensino de acupuntura. Os trabalhos encontrados sobre este tema serão a seguir apresentados no tópico de revisão de literatura.

1.3 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de verificar o estado da arte referente ao tema da presente tese, o processo de revisão de literatura buscou reunir, analisar e discutir o panorama geral da pesquisa na área de acupuntura no Brasil e no mundo. Além disso, realizou-se uma busca sistematizada de trabalhos relacionados a experiências e relatos de ensino-aprendizagem de acupuntura e suas repercussões. Os achados desta revisão de

² Técnica de acupuntura que utiliza estímulos no couro cabeludo com base no pressuposto de que há uma projeção das áreas do corpo na região cabeça. Assemelha-se a outros tipos de terapias reflexas como a auriculoterapia.

literatura auxiliaram tanto na identificação dos avanços no campo da pesquisa e ensino da acupuntura até o momento, bem como na verificação das lacunas de conhecimento a serem exploradas neste contexto.

A compilação de dados sobre panorama geral da pesquisa em acupuntura foi realizado através de estudo bibliométrico. A bibliometria é um modalidade de pesquisa caracterizada pelo uso de métodos quantitativos que permitem captar a evolução das informações científicas realizada através de comunicação escrita. Os estudos bibliométricos tem um papel relevante na análise da produção científica de um país, de um campo de pesquisa, de uma universidade e dos próprios cientistas, uma vez que seus indicadores podem correlacionar-se ao grau de desenvolvimento de uma área do conhecimento (ARAÚJO; ALVARENGA, 2011).

Considerando que as publicações científicas indexadas em bases de dados internacionais são marcadores importantes da produção acadêmica das diferentes áreas de pesquisa, utilizou-se a abordagem bibliométrica para análise das publicações de autores brasileiros no campo da acupuntura, bem como para compará-las com às tendências internacionais neste contexto. Os resultados completos desta pesquisa bibliométrica estão publicados na edição de Junho de 2016 do periódico *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* através do artigo: *Status and impact of acupuncture research: a bibliometric analysis of Global and Brazilian scientific outputs from 2000 to 2014*, o qual encontra-se disponível na base de dados PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27136034>), foi o primeiro produto desta tese. Abaixo será realizada uma síntese das principais informações descritas neste artigo.

Os dados analisados na pesquisa bibliométrica foram obtidos através da versão online da base de dados Science Citation Index Expanded™ (SCI-E), acessada via portal Web of Science™ (WOS). A SCI-E é uma base de dados multidisciplinar produzida pelo Institute for Scientific Information (ISI), a qual fornece informações de mais de 6.650 periódicos considerados de alta qualidade científica e que tem fator de impacto calculado (SCI-E, 2014).

A busca incluiu artigos publicados no período entre janeiro de 2000 a dezembro de 2015. As palavras-chave selecionadas para estratégia de busca foram as mesmas utilizadas em estudo bibliométrico anterior sobre pesquisa em acupuntura (HAN; HO, 2011); e incluíram os termos: “acupunctur*” or “electroacupuncture” or “electroacupuncture” or “acupoint*” or “percutaneous electrical nerve

stimulation”. Adicionalmente, a estes termos aplicaram-se dois filtros de busca: “tópico” e “título”.

O filtro "tópico" tem mais sensibilidade para encontrar todas (ou a maior parte) das publicações relacionadas à acupuntura. Por outro lado, este filtro carece de especificidade em encontrar estudos que só utilizem a acupuntura. Por exemplo, algumas revisões sistemáticas sobre intervenções não-farmacológicas para a dor lombar incluem o termo "acupuntura" no resumo (FURLAN et al., 2005). Estas revisões incluem várias modalidades de tratamento (não só a acupuntura) e geralmente são bastantes citadas por outros trabalhos. Assim, este seria um fator que pode gerar distorções nos dados bibliométricos e ser um fator de confundimento sobre o número total de publicações e citações de alguns países ou instituições (MCKIBBON et al., 2010).

A fim de ter um outro parâmetro para analisar as publicações que seriam diretamente relacionadas a área da acupuntura, foi utilizado o filtro título. Neste caso, a presença da palavra “acupuntura” ou “eletroacupuntura” no título da publicação, por exemplo, aumentaria a probabilidade do artigo relatar abordagens diretamente relacionadas à acupuntura. Nesse sentido, utilizou-se no estudo bibliométrico a abreviatura ARD (acupuncture-related documents) para referir-se todas as publicações relacionadas à acupuntura (filtro tópico) e ASD (acupuncture-specific documents) para as publicações específicas sobre acupuntura (filtro título).

Os dados bibliométricos demonstraram que 9.301 ARD e 5.974 ASD foram publicados nos últimos 15 anos globalmente. As médias de citações por publicação foram 10,61 para ARD e 9,24 para ASD. O Brasil publicou 252 ARD e 169 ASD, o que corresponde a posições 10º e 9º no ranking global correspondente. No ranking geral, os Estados Unidos da América é o país que possui o maior número de publicações, com 2.503 ARD, seguido pela China com 2.143 e Coreia do Sul com 925 publicações. A Noruega é a nação que tem o maior número de citações de ARD, com 25,77 citações por documento, e a Suíça, com 26,66 citações, é o país que lidera o ranking em relação às citações ASD. O Brasil possui 4,19 citações por documento, o que corresponde à 20ª posição no ranking citação ASD. Os periódicos Evidence-Based Complementary Medicine, Acupuncture in Medicine e The Journal of Alternative and Complementary Medicine são os que possuem o maior número de ARD e ASD publicados tanto no Brasil e como no contexto global.

Realizando uma análise comparativa, foi interessante notar que o Brasil, além de ser o único país latino-americano presente nos rankings

de publicação, também apresenta mais publicações na área da acupuntura do que alguns países europeus que são historicamente conhecidos por sua alta produção científica, como França e Itália. Além disso, considerando os BRIC - acrônimo que denomina as principais economias emergentes, incluindo Brasil, Rússia, Índia e China - o Brasil ficou atrás apenas da China em termos de número de publicações em acupuntura.

Quando analisado o crescimento anual de publicações, é possível notar que o Brasil apresentou um aumento acentuado na publicação em acupuntura a partir do ano de 2006. Este aumento pode ser tido encorajado pela publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares, criada pelo Ministério da Saúde em 2006 (BRASIL, 2006). O apoio da PNPIC na implementação e formalização do uso de PICs no SUS, apesar de não fornecer incentivo financeiro para assistência ou pesquisa, pode ter despertado o interesse dos profissionais de saúde e pesquisadores no desenvolvimento de pesquisas na área da acupuntura, e esta poderia ser uma das razões correlacionadas ao aumento da produção acadêmica em acupuntura no país.

Em termos de número de citações, o Brasil aparece com uma quantidade inferior a média global e aos demais países listados no trabalho. Dois possíveis motivos poderiam estar correlacionados a este fato: 1- os artigos brasileiros podem não ter atingido a sua meia vida de citações; ou seja como o aumento das publicações no país começou recentemente, ainda não houve tempo suficiente para que os artigos atingissem seu maior potencial de citação (AMIN; MABE, 2000); 2- possível baixa qualidade científica dos trabalhos brasileiros; em artigo que avaliou qualidade de estudos clínicos em acupuntura, somente três artigos brasileiros foram incluídos (HAMMERSCHLAG et al., 2011). Nesse sentido, se no Brasil maior parte dos artigos apresentar baixa qualidade, há menor probabilidade deste serem citados.

Em suma, esta revisão utilizando a abordagem bibliométrica auxiliou a verificar que o número de publicações e citações relacionadas publicações brasileiras em acupuntura aumentou progressivamente no período entre 2000 a 2014, com crescimento mais acentuado a partir de 2006. Este aumento fez com que o Brasil constasse entre os dez países mais produtivos em acupuntura a nível global, entretanto, o número de citações das publicações brasileiras encontra-se abaixo da média global.

Uma vez mapeadas as tendências globais e brasileiras da pesquisa na área da acupuntura, realizou-se outra revisão com o intuito de buscar publicações relacionadas a área de ensino em acupuntura. Mais especificamente nesta área, buscou-se encontrar relatos de

experiências e estudos relacionado ao ensino teórico-prático de acupuntura para profissionais ou estudantes da área da saúde. Para isto, utilizaram-se a base de dados do PubMed e Lilacs, sem limitação de data, e com a última verificação feita em 12/04/2016.

Na base de dados Pubmed foi inserida a seguinte estratégia de busca: "Acupuncture"[Mesh] AND ("Education, Medical"[Mesh]) or "Acupuncture"[Mesh] AND ("education" [Subheading]) or ("Integrative Medicine"[Mesh]) AND "Education, Medical"[Mesh] or Acupuncture AND ("Complementary Therapies"[Mesh]) AND "Education, Medical"[Mesh]. Esta busca resultou em 181 artigos e, após leitura do título e abstract destes, foram encontrados 13 artigos relacionados ao tema ensino em acupuntura.

Já na base de dados LILACS, inseriram-se os termos Acupuntura and Ensino [Palavras] or Acupuntura and Educação [Palavras] or Acupuntura and Curso [Palavras] Desta busca resultaram 72 publicações das quais, após leitura do título e resumo, resultaram em 4 estudos com afinidades sobre o tema (sendo que um destes também estava indexado na base PubMed). A partir da busca nestas duas bases de dados, foi encontrado um total de 16 artigos relacionados ao ensino teórico-prático de acupuntura para profissionais ou estudantes da área da saúde. Os estudos não incluídos tratavam de estudos clínicos, comentários, ou artigos de revisão que não relatavam experiências de relacionadas ao ensino-aprendizagem da acupuntura. O quadro 4 apresenta uma síntese das principais informações de cada um dos estudos selecionados e o quadro 5 a lista destes 16 artigos.

Os resultados desta revisão nas bases de dados PubMed e LILACS demonstraram que são escassas e heterogêneas as experiências relatadas sobre ensino de acupuntura. Os métodos de coleta de dados utilizados nestes estudos envolveram na sua maior parte questionários autoaplicáveis. Também foram registradas entrevistas semiestruturadas, grupo focal e experiências descritivas individuais. Entre os 16 estudos encontrados, seis envolveram estudantes de medicina, seis abordaram médicos já formados e quatro investigaram profissionais de saúde não médicos. Os países com maior número de experiências registradas em ensino de acupuntura foram o Brasil, com seis estudos e a Inglaterra e Estados Unidos, com três estudos cada.

Entre os relatos com estudantes de medicina, verificou-se que no Brasil o ensino de acupuntura foi relatado em três faculdades de medicina do estado de São Paulo (ALVARENGA et al., 2004; AMADERA et al., 2010; DA SILVA, J. B. et al., 2013). Os alunos, em geral, consideram positiva a experiência de ensino-aprendizagem em

acupuntura, mostraram-se motivados e interessados em aprender sobre acupuntura, recomendaram que a acupuntura fosse incluída nos currículos médicos e manifestaram que os conhecimentos aprendidos através da acupuntura tem potencial de serem integrados às condutas médicas convencionais. Alguns estudantes relataram que a carga horária de ensino de acupuntura é baixa. Além disso não houve descrição em nenhum dos artigos sobre se os estudantes que cursaram a liga ou disciplina de acupuntura sentiam-se aptos a aplicar a acupuntura na sua futura prática médica. No relato da Inglaterra verificou-se que o ensino de acupuntura na faculdade reduz o grau de ceticismo dos alunos em relação à terapias complementares (DONALD et al., 2010); e o estudo dos Estados Unidos mostrou que estudantes que acompanham a acupuntura na China em estágio optativo têm aumento dos seus níveis de competência cultural (MAO et al., 2007).

Em relação aos estudos com médicos, no Brasil houve um relato sobre a Residência Médica em Acupuntura e um estudo sobre as motivações dos alunos de um curso de pós-graduação. O primeiro referiu que a residência médica auxiliou a tornar a acupuntura um recurso terapêutico mais acessível e a aceito no SUS (COSTI, GUERREIRO DA SILVA, et al., 2012). O segundo evidenciou que maior parte dos médicos que procuram a pós-graduação em acupuntura já exercem alguma outra especialidade médica e que umas das principais motivações em fazer a formação em acupuntura é a insatisfação com a especialidade em que atuam (IORIO et al., 2010). Já a nível internacional a Alemanha destacou-se pela quantidade de médicos da atenção primária que referiram ter formação em acupuntura, que se estima pode chegar a um terço de todos os médicos da APS do país (JOOS et al., 2011). Outro dado interessante foi o fato de que os resultados clínicos conseguidos com o tratamento com acupuntura não foram influenciados pelo número de horas de formação na área e nem pelo tempo de experiência profissional, sugerindo que fatores como a relação terapêutica ou vínculo com os pacientes possam ter maior influência sobre o resultado dos tratamentos (WITT et al., 2010).

No Canadá houve um breve relato de uma médica que acompanhou um curso que usa exclusivamente o modelo biomédico como racionalidade de ensino da acupuntura (OOMMAN, 2006). No que se refere a experiência de ensino de acupuntura para médicos nos Estados Unidos, um artigo demonstrou que cerca de 50% do médicos que concluem o curso de especialização em acupuntura não a utiliza na prática após o curso; e entre os que praticam, há a opinião que a acupuntura é um tratamento útil para dor (YEH et al., 2008).

Em relação ao ensino da acupuntura para outros profissionais de saúde, na Inglaterra e na Suécia, houve registro de ensino de curso de curta duração para profissionais odontólogos e parteiras, respectivamente (ROSTED; CARROTTE, 2007; MARTENSSON et al., 2011). Na Inglaterra houve um relato individual de um enfermeira que teve uma experiência de ensino-aprendizagem de acupuntura ao acompanhar por três meses um médico generalista que fazia acupuntura na atenção primária (RICHARDSON; FREEDMAN, 2005). Por fim, nos Estados Unidos, um estudo descreveu aspectos sobre o ensino e prática de acupunturistas licenciados (cursaram faculdade de acupuntura no Estados Unidos). O estudo evidenciou que maior parte dos pacientes que procura por atendimento destes profissionais não busca atendimento médico concomitante, além disso, no caso de pacientes que estão em acompanhamento médico, verificou-se um baixo grau de comunicação entre os acupunturistas licenciados e os médicos assistentes (SHERMAN et al., 2005).

Quadro 4. Estudos relacionados à educação em acupuntura encontrados na base de dados PubMed e LILACS.

Autor, Ano e Base de Dados	País	Objetivo	Método de coleta de dados	Tipo de formação	Duração	Carga horária	Conclusão do estudo
Roband & Gramani 2014 ¹ LILACS	Brasil	Entender a estrutura e o funcionamento do Lig de Acupuntura em Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).	Análise documental e entrevista semiestruturada com 11 estudantes de medicina e dois médicos residentes em acupuntura	Liga acadêmica de acupuntura	Não disponível (n/d)	n/d	Os resultados dos estudo mostram o entendimento da acupuntura como estratégia terapêutica efetiva na assistência à saúde, modulando o uso de fármacos, a identificação da necessidade de regulamentação do ensino e prática de acupuntura e o reconhecimento de outros profissionais da área da saúde como colegas na prática dessa terapêutica.
da Silva <i>et al.</i> 2013 ² PubMed	Brasil	Descrever a experiência de ensino de acupuntura para estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Questionário estruturado auto-aplicável	Aulas durante o curso de medicina e liga acadêmica de acupuntura	2 semestres	6h teóricas 16h práticas	Os estudantes de medicina descrevem que o ensino de acupuntura é importante no currículo de curso, que o tempo utilizado para ensino não é suficiente, e que a regulamentação de seus conhecimentos sobre esta prática é necessária.
Costa <i>et al.</i> 2012 ² PubMed	Brasil	Descrever o Programa de Residência Médica em Acupuntura no Brasil	Análise documental e pesquisa de dados secundários em base de dados Nacional	Residência médica em acupuntura	2 anos	5760h	Nome instituições públicas aderiram o programa de residência, o que auxilia o início a acupuntura um recurso médico mais facilmente acessível e melhorar acesso no Brasil.
Mattosson <i>et al.</i> / 2010 ³ PubMed	Suécia	Investigar os tipos de treinamento em acupuntura oferecidos para parteras suecas	Questionário estruturado auto-aplicável enviado por instrutores de acupuntura	Curso de pós-graduação	1 a 25 dias	n/d	A educação em acupuntura é geramente organizada fora das universidades e facultades, sem qualquer controle de qualidade. Os cursos são geralmente curtos, sem acompanhamento e cursos. O conteúdo das formações é pouco detalhado e geralmente não é baseado em evidências.
Amadera <i>et al.</i> 2010 ⁴ PubMed e LILACS	Brasil	Avaliar a influência do ensino da acupuntura através de uma tese para a efetiva oferta da medicina na USP	Questionário estruturado auto-aplicável respondido por 85 estudantes	Disciplina de acupuntura no curso de graduação	1 semestre	n/d	Existe um real interesse para a implementação da acupuntura, pois em torno de 30% de todos os alunos queriam passar por um breve treinamento em acupuntura.
Joos <i>et al.</i> 2011 ⁴ PubMed	Alemanha	Verificar o uso e a atitude de médicos de família em relação a práticas de medicina alternativa e complementares (MAC)	Questionário estruturado auto-aplicável respondido por 1471 médicos da atenção primária	Curso de pós-graduação	n/	n/d	O estudo demonstra que as práticas de MAC são altamente valorizadas pelos médicos de família da Alemanha, as quais já estão fazendo uma contribuição substancial para a atenção primária nesse país. Cerca de 60% do médicos da APS oferecem algum tipo de MAC e cerca de um terço deles usa a acupuntura.
Witt <i>et al.</i> 2010 ⁵ PubMed	Alemanha	Avaliar a influência tipo de treinamento e experiência de acupuntura sobre os resultados do tratamento em pacientes com dor crônica.	Pesquisa de dados retrospectiva de dados de ensaios clínicos que incluíam 2781 médicos	Curso de pós-graduação	n/d	180 a 350h	A duração da formação em acupuntura e o tempo de experiência profissional não tiveram qualquer impacto sobre o resultado do tratamento oferecido pelos médicos. Isso o sugere que os parâmetros de treinamento e experiência não são fatores decisivos no efeito do tratamento. Outras habilidades subjetivas, tal como a relação terapêutica, provavelmente, podem desempenhar um papel mais importante que a formação e devem ser levadas em consideração.
Donald <i>et al.</i> 2010 ⁶ PubMed	Inglaterra	Avaliar a utilidade de uma intervenção educativa (ensino em acupuntura e terapias complementares) em modular percepções dos alunos sobre MAC	Questionário estruturado auto-aplicável antes e após intervenção educativa respondido por 40 estudantes do quarto ano de medicina	Acompanhar profissional especialista em Acupuntura	Um turno de trabalho (oneto dia)	n/d	A experiência de conhecimento e acompanhamento da terapia em acupuntura proporcionou aos alunos uma oportunidade de reconsiderar as suas atitudes em relação as MAC.

Continuação Quadro 4.

João <i>et al.</i> 2010 ⁹ LILACS	Brasil	Entender os motivos que levam médicos a procurarem conhecer medicina e procuraram conhecer Acupuntura	Questionário estruturado auto-aplicável com perguntas abertas e fechadas, respondido por 175 médicos curso de especialização em acupuntura Center AO	Curso de pós-graduação em acupuntura (especialização médica)	31 meses	n/d	Os médicos desejam exercer a Acupuntura de forma integrada à Medicina Convencional, no bojo da qual a Acupuntura vem se firmando como especialidade médica.
Yeh <i>et al.</i> 2008 ¹⁰ PubMed	Estados Unidos	Caracterizar os médicos que procuram formação acupuntura, descrever a prática desses médicos e os padrões de encaminhamentos após especialização em acupuntura	Questionário estruturado auto-aplicável respondido por 80 médicos que concluíram o curso de especialização em acupuntura na Harvard Medical School	Curso de pós-graduação	n/d	300h	Métode encontrou barreiras que os impediram a utilização da acupuntura na prática clínica. Aquelles que conseguiram praticar relataram que acupuntura é útil par ao tratamento da dor.
Russell & Curran 2007 ¹¹ PubMed	Inglaterra	Analisar o resultado de um treinamento em acupuntura de 1 dia para dentistas	Questionário estruturado auto-aplicável respondido por dentistas da 209 dentistas que fizeram o curso	Curso de pós-graduação	1 dia	n/d	O curso foi bem aceito pelos dentistas. No entanto, 47% dos participantes não incorporou a acupuntura em sua prática diária.
Mao <i>et al.</i> 2007 ¹² PubMed	Estados Unidos	Descrever o impacto na competência cultural de estudantes de medicina que passaram por um treinamento em acupuntura na China	Grupos focais (3 grupos) com 17 estudantes de medicina	Estágio durante curso de graduação em medicina	4 semanas	n/d	Enfocar em sistema médico alternativo inserido em outra cultura pode ser uma forma eficaz de aumentar a competência cultural.
Ormann 2006 ¹³ PubMed	Canadá	Descrever o programa de treinamento em Acupuntura Médica Contemporânea da Universidade de McMaster no Canadá	Relato descritivo de aspectos gerais do curso de uma medicina que participou do curso	Curso de pós-graduação	5 módulos	300h	Os alunos que concluíram este programa, tem o certificado reconhecido por 3 organizações médicas: Associação Médica Americana, Colégio Canadense de Médicos de Família e Academia América de Acupuntura Médica; e credenciam-se para fazer a prova de titulação em acupuntura médica nos Estados Unidos.
Richardson & Freedman 2005 ¹⁴ PubMed	Inglaterra	Descrever experiência pessoal de uma enfermeira que acupuntura um médico acupunturista	Descrição do método de acompanhamento (<i>vernee</i>) utilizado	<i>Tvaree</i>	3 meses	n/d	Três meses parece ser um período adequado para este tipo de treinamento, pois permite que o aluno constitua um relacionamento com seus próprios pacientes e podendo acompanhá-los ao longo do tratamento.
Sherman <i>et al.</i> 2005 ¹⁵ PubMed	Estados Unidos	Descrever informações básicas sobre o treinamento e prática de acupunturistas licenciados	Entrevista com questionário estruturado aplicado a 217 acupunturistas e dados de registro de 20 pacientes consecutivos tratados por estes profissionais	Curso de pós-graduação	3 a 4 anos	n/d	Maior parte dos pacientes atendidos pelos acupunturistas licenciados procuram o tratamento sem encaminhamento médico. Cerca de um terço do pacientes fazem acompanhamento médico concomitante. Estes acupunturistas raramente se comunicam com os profissionais médicos que estão tratando do mesmo problema de seus pacientes.
Alvarenga <i>et al.</i> 2004 ¹⁶ LILACS	Brasil	Caracterizar os discursos sobre formação e prática médica dos estudantes de medicina que frequentam cursos de acupuntura e extracurriculares de acupuntura em uma faculdade de medicina	Entrevista em profundidade com 12 alunos da faculdade de medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	Disciplina curricular, disciplina de aula de Acupuntura	n/d	n/d	Na visão dos alunos, Acupuntura e medicina convencional são uma só Medicina, com diferentes abordagens do paciente, sendo a visão holística do docente um pré-requisito da medicina chinesa ministrado para que os sujeitos percebam e validem o ensino de acupuntura no currículo médico

Quadro 5 - Lista de artigos incluídos na revisão das bases de dado PubMed e LILACS.

1. Roland MIF, Giamin RJ. Redes sociotécnicas de assistência à saúde em acupuntura: estudo de caso sobre a formação básica de estudantes de medicina. *Hist cienc saude- Mangunhos* 2014;21:477-511.
2. da Silva JB, Saadah R, Megid CB, et al. Teaching acupuncture to medical students: the experience of Rio Preto Medical School (FAMERP), Brazil. *Acupunct Med* 2013;31(5):505-8.
3. Costi JM, da Silva JB, Min LS, et al. Teaching acupuncture: the Brazilian Medical Residency Programme. *Acupunct Med* 2012;30(4):350-3.
4. Mårtensson L, Kryst LJ, Hermansson E. National survey of how acupuncture education is organised for Swedish midwives. *Midwifery* 2011;27(1):93-8.
5. Amander JE, Pai HJ, Hsing WT, et al. The teaching of acupuncture in the University of Sao Paulo School of Medicine, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* 2010;56(4):458-61.
6. Joos S, Müsselmann B, Szessanyi J. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey. Evidence-based complementary and alternative medicine. *eCAM* 2011;2011:95813.
7. Witt CM, Ludtke R, Wegscheider K, et al. Physician characteristics and variation in treatment outcomes: are better qualified and experienced physicians more successful in treating patients with chronic pain with acupuncture? *J Pain* 2010;11(5):431-5.
8. Donald GK, Maeketh P, Tobin I. Medical students and acupuncture: a short sharp placement experience? *Acupunct Med* 2010;28(1):12-5.
9. Lorio RdC, Siqueira AAFd, Yamamura Y. Acupuncture: motivos e de médicos para a procura de especialização. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010;34:247-54.
10. Yeh GY, Ryan MA, Phillips RS, et al. Doctor training and practice of acupuncture: results of a survey. *J Eval Clin Pract* 2008;14(3):439-45.
11. Rosted P, Carrette P. An audit to assess the outcome of a 1-day acupuncture course for dentists. *Eur J Dent Educ* 2007;11(1):23-8.
12. Mao JJ, Wax J, Bang FK, et al. A gain in cultural competence through an international acupuncture elective. *Fam Med* 2007;39(1):16-8.
13. Oorman S. Contemporary acupuncture in Canada—the McMaster approach. *Acupunct Med* 2006;24(1):35-6.
14. Richardson M, Freedman J. A model for acupuncture training in primary care. *Acupunct Med* 2005;23(3):135-6.
15. Sherman KJ, Cherkin DC, Eisenberg DM, et al. The practice of acupuncture: who are the providers and what do they do? *Ann Fam Med* 2005;3(2):151-8.
16. Alvarenga AT, Lorio RC, Yamamura Y. Acupuntura no currículo médico: visão de estudantes de graduação em Medicina. *Rev Bras Educ Med* 2004;28(3):223-33.

1.4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA

O presente trabalho tem a proposta de analisar o processo de educação permanente em acupuntura e suas repercussões na prática de médicos da APS. Considerando esta perspectiva, selecionaram-se alguns referências teórico-epistemológicos considerados pertinentes e que trazem conceitos que iluminam a temática da pesquisa. Dois destes conceitos, os de circuitos de aprendizagem e racionalidades médicas, estão diretamente ligados ao processo de construção da atividade de educação permanente em acupuntura. Associado a estes, e dialogando com as repercussões do processo, reuniu-se também algumas ideias propostas pelos autores: Madel Luz, Ludwik Fleck e Michel Polanyi.

Inicialmente, tendo em vista que uma proposta de ensino está envolvida neste trabalho, é importante que se esclareçam as diferenças conceituais entre pedagogia e andragogia. O primeiro é um termo mais antigo, criado no começo do século VII, e foi originalmente utilizado para caracterizar o ensino de crianças em escolas religiosas. O segundo, introduzido em 1973, refere-se a ciência que estuda o aprendizado de adultos (DE CARVALHO et al., 2010).

O termo pedagogia, ao longo dos séculos, acabou legitimando-se no senso comum e em ambientes acadêmicos como uma disciplina que estuda os processos de ensino e aprendizagem em geral. A esse respeito, há diversas críticas de autores que ressaltam a importância de diferenciar-se os processos pedagógicos e andragógicos (MARTINS, 2013). Nesse sentido, os atributos de cada processo são destacados na literatura pertinente. Enquanto na andragogia, há busca do aprimoramento profissional e ou pessoal; na pedagogia, o intuito do aprendizado está relacionado às finalidades de êxito escolar. Nos processos pedagógicos tradicionais, a aprendizagem tende a estar centrada nos conteúdos, e não nos problemas. Nos andragógicos, a aprendizagem é desfocada do conteúdo e dirigida para a resolução de problemas e tarefas que se apresentam na vida cotidiana (NOGUEIRA, 2004; MARTINS, 2013). O quadro 6, resume alguns destes atributos.

Alguns autores entendem que existe um contínuo entre os dois conceitos. Em um extremo estaria a pedagogia, relacionada a aprendizagem direcionada. No outro lado encontra-se a andragogia, que relaciona-se a aprendizagem facilitada. Nesse sentido alguns autores propõem que professores e organizações educacionais movam-se ao

logo destas duas extremidades, visando assim a encontrar uma combinação adequada das duas abordagens que otimize a efetividade do processo de aprendizagem (DE CARVALHO et al., 2010).

Quadro 6 – Atributos de ensino-aprendizagem que compreendem a pedagogia e andragogia.

Processo de ensino Aprendizagem	Perspectiva	
	Pedagogia	Andragogia
Elaboração do plano de aprendizagem	pelo professor	pelo auxiliador de aprendizagem e pelo aprendente
Diagnóstico de necessidades	pelo professor	pelo auxiliador de aprendizagem e pelo aprendente
Estabelecimento de objetivos	pelo professor	por meio de negociação mútua
Tipologias de planos de aprendizagem	planos de conteúdos organizados de acordo com uma sequência lógica	diversos planos de aprendizagem (e.g. contratos de aprendizagem, projetos de aprendizagem) sequenciados pela prontidão dos aprendentes
Técnicas de (ensino) aprendizagem	técnicas transmissivas	técnicas ativas e experienciais
Avaliação	pelo professor; referências a normas; por meio de pontuação, notas	pelo aprendente; referência a critérios; por meio da validação dos companheiros, facilitador de aprendizagem e peritos na área.

Fonte: Nogueira (2004).

No marco desta discussão conceitual encontra-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual destaca que atividades educativas que envolvam profissionais do SUS devem basear-se em princípios de andragogia; uma vez que o ensino neste contexto está direcionado a adultos em situação de trabalho (BRASIL, 2009). A PNEPS, considerando a proposta andragógica, utiliza o conceito de circuitos de aprendizagem como base de discussão dos processos de educação em saúde. Este conceito foi desenvolvido por Argyris na década de 1970 e tem destaque no campo do ensino organizacional (ARGYRIS; SCHÖN, 1978).

Segundo Argyris (1978), há dois ciclos envolvidos na aprendizagem, um simples e um duplo. O exemplo clássico usado para explicar a aprendizagem em circuito simples é o do termostato de um aquecedor. Quando o dispositivo detecta que a temperatura do ambiente está fria, o aquecedor é acionado. Quando o termostato detecta que a temperatura já atingiu ou superou um valor estipulado, ele desliga o

aquecedor. Em outras palavras, no campo da aprendizagem isto incluiria um tipo direcionado e limitado de reação e, neste caso, não haveria necessidade de reflexão e ou discussão de ideias sobre o conhecimento ou técnica ensinados (ARGYRIS; SCHÖN, 1978). Alguns autores afirmam que a maioria das organizações operam de acordo com a aprendizagem em circuito simples – indivíduos são ensinados a utilizar estratégias rígidas de procedimentos ou protocolos, sem necessidade de refletir sobre suas atitudes (ARGYRIS, 1976; NUTLEY; DAVIES, 2001).

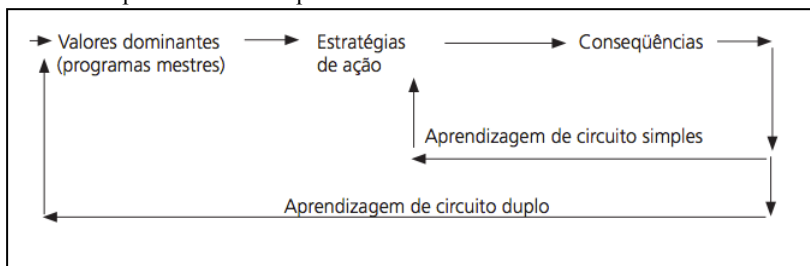
Por outro lado na aprendizagem em circuito duplo, os participante da atividade educativa são estimulados a refletir sobre os conceitos e práticas abordadas, não só do recebendo passivamente o conteúdo, mas questionando-os e problematizando-os. Este tipo de aprendizagem estimula a criatividade e pensamento crítico dos alunos, muitas vezes, ajuda os participantes a entenderem porque uma determinada solução funciona melhor do que outras para resolver um problema ou atingir um objetivo (ARGYRIS, 1976).

Ambos os circuitos tem sua importância no processo de aprendizagem, contudo especialistas afirmam que a aprendizagem de circuito duplo tem maior potencial de incorporação de conhecimento e conseqüentemente de uma maior contribuição para o desenvolvimento de uma organização (ARGYRIS, 2008). No contexto do ensino da área da saúde, a aprendizagem em circuito simples seria mais aplicada aos processo de educação continuada³, enquanto nos processos de educação permanente seria observado a aplicação do circuito duplo.

A figura 2 sintetiza o conceito de circuitos de aprendizagem, mostrando a influência do circuito simples na incorporação ou mudança das estratégias de ação. O circuito duplo remete-se a reflexão ou transformação dos “valores” ou “programas mestres” que vão interferir nas estratégias da ação e suas conseqüências. No processo de construção da educação permanente em acupuntura, apresentado com detalhes no capítulo de método desta tese, foi dado ênfase à estratégia de circuito duplo no o ensino introdutório da acupuntura para médicos da APS.

³ Vide quadro 1 no capítulo de introdução que compara características da educação continuada e educação permanente.

Figura 2 – Representação das influências das estratégias de aprendizagem em circuito simples e circuito duplo.



Fonte: BRASIL (2009).

Outro conceito utilizado no desenvolvimento da atividade educativa em acupuntura, e que também norteou de forma transversal este trabalho, foi o conceito de racionalidade médica. Descrito pela socióloga brasileira Madel Luz na década de 1990, a racionalidade médica é uma categoria analítica inspirada nos conceitos de tipos ideais de Max Weber (1894-1920)⁴ (LUZ, 1995). Esta categoria foi criada para fins de comparação de sistemas médicos complexos presentes na sociedade contemporânea. A categoria racionalidade médica, além de ser um instrumento de análise e comparação, também permite a descrição de fenômenos ou “realidades criadas” por cada um dos sistemas estudados. Nesse sentido, o conceito criado por Luz consegue, a partir de elementos empíricos perceptíveis, criar um construto teórico (tipo ideal) que reúne os elementos centrais ou características consideradas importantes de um sistema médico complexo (LUZ; BARROS, 2012).

Nas diferentes culturas e povos, vários sistemas médicos coexistem no contexto dos cuidados à saúde, entre eles pode-se citar: a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica, a medicina antroposófica, a homeopatia e a biomedicina. A partir das racionalidades médicas tais sistemas podem ser comparados entre si sem assumir que apenas um delas é “verdadeiro” ou “eficaz”. Para isso,

⁴ Tipo ideal é um instrumento de análise sociológica desenvolvido com o intuito de buscar entendimento de um fenômeno ou fato social a partir da criação de tipologias puras, destituídas de tom avaliativo, de forma a oferecer um recurso analítico baseado em conceitos (QUINTANEIRO, 2003).

utiliza-se um conjunto estruturado de seis dimensões, cuja presença, elaboração e coerência permitem reconhecer a presença de uma racionalidade médica própria em cada um dos sistemas médicos.

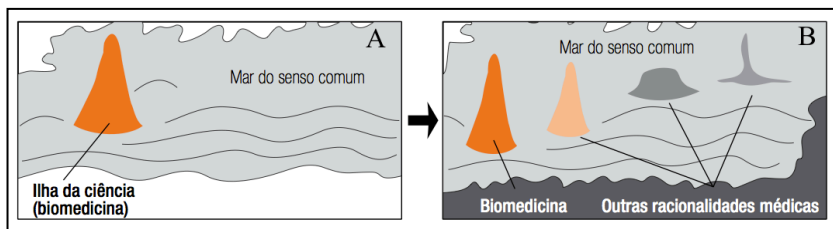
As dimensões da categoria racionalidade médica são compostas por: (1) doutrina médica- explicações sobre causas e naturezas dos adoecimentos e do processo de cura; (2) morfologia- descrição das partes e componentes do ser humano, equivalente à anatomia; (3) dinâmica vital- descrição do funcionamento do ser humano, equivalente à fisiologia; (4) sistema de diagnóstico- métodos de interpretação dos problemas de saúde; (5) sistema terapêutico- métodos de cuidado, prevenção e tratamento dos adoecimentos e de promoção da saúde; e por fim a (6) cosmologia - uma cosmovisão particular sobre a natureza do universo ou compreensão do mundo que subjaz a todas as outras dimensões (LUZ; BARROS, 2012).

Até o momento os sistemas de cura estudados pelo grupo de pesquisa da professora Madel Luz foram: a medicina ocidental contemporânea ou biomedicina, a medicina tradicional chinesa (MTC), de onde provém a acupuntura e seu saber tradicional subjacente, a homeopatia, a medicina ayurvédica e a medicina antroposófica (Luz e Barros, 2012). Um aspecto fundamental do conceito de racionalidade médica é que ele se insere em uma perspectiva epistemológica que permite superar uma postura centralizadora do saber presente na medicina ocidental contemporânea, a qual considera a ciência como única fonte de verdades e de informações de boa qualidade na área da saúde. Esta postura vigora na maioria dos ambientes acadêmicos e faz com que o ensino médico, muitas vezes, desconsidere ou não valorize os saberes produzidos por sistemas de cura tradicionais (Luz e Barros, 2012).

Auxiliando a refletir sobre esta visão desqualificadora referente às medicinas complementares e tradicionais, a ideia de racionalidade médica permite a possibilidade de projetar um “crédito epistemológico” ou de veracidade em outros sistemas de cura, que podem portar “razão”, método e eficácia ao seu modo, com potências e limites específicos, conforme sua cosmologia e valores autóctones (TESSER, 2014). Considerando que o ensino médico no ocidente tende a perceber apenas uma “única ilha de excelência epistemológica” despontando no “mar do senso comum”, a utilização do conceito de racionalidade médica pode chamar a atenção sobre a presença de outras “ilhas de racionalidade”, as quais possuem diferentes graus de sofisticação técnica e epistemológica (Figura 3).

Desta forma, outras racionalidades médicas podem ser cogitadas no contexto dos cuidados à saúde, na medida em que sejam reconhecidas, compreendidas e aceitas socialmente (Luz e Barros, 2012). Com base nestas descrições, cabe ressaltar que a construção da educação permanente em acupuntura teve como base a categoria racionalidade médica; e isto teve o objetivo de facilitar a compreensão, comparação e reflexão crítica dos alunos sobre aspectos da biomedicina e da MTC.

Figura 3 – Representação a visão da biomedicina como única ilha de conhecimento verdadeiro no mar do senso comum (A). Perspectiva que a categoria racionalidade médica trás ao reconhecer outras possíveis ilhas de conhecimento ao cenário (B).



Fonte: Tesser (2014).

Outro autor selecionado para compor o referencial teórico-epistemológico desta tese é o químico e filósofo da ciência Michael Polanyi (1891-1976). As ideias de Polanyi influenciaram as mais variadas áreas da ciência, desde a física, direito, matemática até as ciências sociais (SCOTT; MOLESKI, 2005). O autor escreveu dois livros (Personal Knowledge e The Tacit Dimension) que são referências nas ciências sociais pela proposição filosófica de compreensão de mundo sob a perspectiva do conhecimento (LAGE, 2011). A partir desta proposição, Polanyi articula um abrangente modelo aplicado à experiência da construção do conhecimento. O autor desafia o objetivo declarado da ciência moderna positivista de estabelecer um conhecimento que seja estritamente objetivo e independente do observador (SCOTT; MOLESKI, 2005).

Polanyi ficou conhecido no meio acadêmico por sua famosa frase “We know more than we can tell” (Polanyi, 1966, p.4), descrita no seu livro A Dimensão Tácita, publicado em 1966. Segundo o autor, há dois principais aspectos do conhecimento, o explícito e o tácito. O conhecimento explícito é referente ao conhecimento teórico ou intelectual e é descrito por Polanyi como o “saber que” (knowing what).

Este tipo de conhecimento relaciona-se aquele exposto em livros, manuais e jornais e que poder ser facilmente articulado, codificado e armazenado. Geralmente é este tipo de conhecimento ensinado em aulas expositivas e posteriormente cobrado em exames (COLLINS, 2010).

O conhecimento tácito refere-se ao conhecimento prático, denominado por Polanyi através do termo “saber como” (knowing how). Diferentemente do explícito, o conhecimento tácito relaciona-se a habilidades pessoais adquiridas que são difíceis de serem explicadas para outros. Um exemplo típico de conhecimento tácito é o andar de bicicleta, tarefa que se aprende de forma intuitiva e que é difícil de ser descrita de forma objetiva (COLLINS, 2010). Nesse sentido, é difícil que uma pessoa leia um manual e a partir disso aprenda a conduzir uma bicicleta. De forma geral, este tipo de conhecimento é aprendido por experimentação. Neste caso, o próprio aluno ao observar detalhadamente um exemplo, busca replicar a prática até conseguir resultados semelhantes. Adicionalmente, a experimentação prática também trás novos aprendizados e percepções ao aluno (POLANYI, 1966; COLLINS, 2010).

Polanyi destaca que ambos conhecimentos, tácito e explícito, nunca estão presentes de forma isolada em um indivíduo e que ambos precisam ser integrados para dar sentido a tarefa executada. Elementos tácitos e explícitos estão presentes, por exemplo, na formulação do diagnóstico clínico e na tomada de conduta terapêutica. Neste caso, há a exigência de uma atitude intelectual (explícita) de diferenciação diagnóstica, a qual precisa ser integrada à habilidade prática (tácita) de percepção e coleta de informações (anamnese e exames físico e complementares, quando cabível) e intervenção. Este última, estará diretamente relacionada as experiências pessoais prévias vivenciadas pelo profissional, as quais são difíceis de serem explicitamente caracterizadas (JHA, 1998).

O autor explora com maior profundidade o conhecimento tácito, o qual traz em si dois termos complementares: os elementos subsidiários chamados de “termos proximais”, conhecidos de forma tácita, e a entidade externa chamada de “termo distal”, que é apreendida. É a partir dos elementos subsidiários - que nos causam impressão (mesmo que dela não estejamos cientes) e que no conjunto nos evocam um significado - que derivamos a apreensão de uma entidade externa a nós, a qual se torna então conhecida (LAGE, 2011). O conhecimento tácito é o que nos faz, por exemplo, reconhecer um rosto sem que tenhamos clareza de quais de suas particularidades nos levaram ao seu reconhecimento. Os elementos subsidiários são aspectos que

conhecemos sem que sejamos capazes de explicar de forma precisa como os utilizamos na prática. A entidade externa neste caso seria a apreensão do rosto – este é o rosto de determinada pessoa (POLANYI, 1966; JHA, 1998).

Polanyi aborda o conhecimento tácito a partir de quatro aspectos: o funcional, o fenomenológico, o semântico e o ontológico. O aspecto funcional do conhecimento tácito é estabelecido na relação entre os seus elementos proximais e distais, descrita como uma estrutura “from-to”, pois nos permite “partir da” sensação dos elementos subsidiários “para a” apreensão de uma entidade externa (POLANYI, 1966; LAGE, 2011).

O aspecto fenomenológico do conhecimento tácito é exemplificado ao executarmos diversas etapas de uma atividade física “sem pensar”. Quando utilizamos um martelo, por exemplo, utilizamos diversos músculos de uma determinada maneira para favorecer o desempenho de uma habilidade já adquirida para execução de uma tarefa, na qual concentramos a atenção. O fato da apreensão de uma entidade externa – neste caso a habilidade - surgir a partir das sensações causadas por elementos subsidiários que a constituem (contração “sem pensar” de um grupo muscular que direciona o martelo), caracteriza o seu aspecto fenomenológico (POLANYI, 1966; LAGE, 2011).

A relações entre estes dois primeiros aspectos do conhecimento tácito constrói um significado, que é descrito como o aspecto semântico. Só conhecemos os elementos subsidiários em termos do seu significado conjunto, que é o que atrai o foco da nossa atenção. Por exemplo, um esforço interpretativo transpõe em significados a sensação do impacto nas mãos ao batermos em um prego com um martelo (“este prego é má qualidade” ou “esta madeira é muito dura de furar”). Este é o aspecto semântico do conhecimento tácito (JHA, 1998).

A partir dos aspectos funcional, fenomenológico e semântico do conhecimento tácito, chega-se a um quarto aspecto, o aspecto ontológico. O conhecimento tácito estabelece uma relação de significância entre seus termos proximais e distal (elementos subsidiários e entidade externa). Esta significância caracteriza-se pela percepção da “entidade” que esses dois termos constituem conjuntamente (JHA, 1998).

De acordo com Polanyi a percepção é uma instância do conhecimento tácito. A elucidação do modo como os nossos processos corporais participam das nossas percepções pode esclarecer aspectos físicos ligados ao pensamento, os quais permeiam o potencial criativo do ser humano. A partir desta observação, o autor infere que o conhecimento tácito não pode ser despersonalizado, e que o corpo (além

da mente) é o nosso instrumento essencial de apreensão do mundo e de construção de conhecimento, tanto intelectual e como prático (POLANYI, 1966).

As ideias de Polanyi ainda são pouco utilizadas em trabalhos na área de saúde, contudo a utilização de conceitos propostos por este autor podem ser úteis na presente pesquisa, no sentido de se explorar as percepções do grupo de médicos da atenção primária que passará por uma experiência de ensino em acupuntura. Considerando que os participantes, em sua maioria, estarão aprendendo pela primeira vez fundamentos básicos da MTC e do procedimento de agulhamento por acupuntura, a noção de como se dá a interação entre conhecimento explícito e tácito nestes profissionais merece atenção.

Por fim, o outro autor escolhido como referencial teórico foi Ludwik Fleck (1896-1961), o qual teve sua produção contemporânea a de outros filósofos da ciência, tais como Bachelard e Popper. Fleck, em seu livro *Origem e Gênese de um Fato Científico*, analisa um evento na área da saúde (a doença sífilis e a história da reação para detectá-la – reação de Wassermann), a partir do qual constata a existência do que ele denomina “estilos de pensamento”, um achado aplicável não somente a área da saúde, como às ciências em geral (FLECK, 2010). Atualmente, Fleck é considerado pioneiro na abordagem construtivista, interacionista e sociologicamente orientada sobre história e filosofia da ciência, e por isso é crescente a quantidade de trabalho que utilizam o seu referencial (DELIZOICOV et al., 2002).

Fleck valoriza o contexto histórico-psico-cultural ao analisar como se processa a introdução de um médico/cientista numa forma de pensar (um estilo de pensamento) e integra na sua análise aspectos relativos à determinação social da investigação científica envolvidos no processo de produção do conhecimento, usando e caracterizando suas principais categorias epistemológicas em oposição a lógica positivista (PARREIRAS, 2006). Os fatos, segundo Fleck, não têm uma existência independente, têm uma construção desde seu nascimento até seu desenvolvimento, e só passam a ser fatos a partir de um determinado estilo de pensamento, que elabora uma forma particular de explicação para um evento científico, num determinado contexto histórico-cultural (DA ROS, 2000).

Os principais conceitos da teoria de Fleck estão, portanto, centrados no que se refere a estilo de pensamento e a coletivo de pensamento (também traduzido como pensamento coletivo), os quais se constituem como pilares epistemológicos das ideias do autor. Ambos os conceitos são polissêmicos na obra de Fleck, sendo que no livro

“Gênese e origem de um fato científico” o primeiro termo é abordado 44 vezes e o segundo 34 (PARREIRAS, 2006). Fleck descreve estilo de pensamento como um perceber dirigido que orienta o modo de ver e agir de um indivíduo. Adicionalmente, o estilo de pensamento está associado a outras duas características, a sua conexão a uma tradição específica (ligada a um conjunto de crenças e valores histórico-psicoculturais) e seu caráter transitório (pode ser modificado a medida que o sujeito é exposto a novas experiências ou há uma mudança nas opiniões que são valorizadas no contexto psicocultural) (FLECK, 2010).

Outro aspecto ressaltado pelo autor é o “ver direcionado” proporcionado pelo estilo de pensamento, o que pode criar uma dificuldade de comunicação entre estilos de pensamento distintos. Nesse sentido, a linguagem assume papel importante para o autor, uma vez que as palavras assumem significados diferentes se empregadas por estilos de pensamento distantes (PARREIRAS, 2006). Além do perceber dirigido, Fleck afirma que a todo estilo de pensamento está unida uma noção de verificação de eficiência prática, o que gera uma atitude dirigida pelo estilo. No contexto da pesquisa e assistência médica, o estilo de pensamento gera um perceber e atitude dirigidos para fenômenos que são familiares e mais frequentes, dos quais se conhecem nomes e teorias (LÖWY, 2012). Isto gera, muitas vezes, preconceitos e predisposições que podem influenciar o resultado de uma observação (PARREIRAS, 2006).

Tão importante quanto o estilo de pensamento é o conceito de coletivo de pensamento, que é a unidade social do estilo de pensamento e é composta por indivíduos que compartilham as mesmas ideias, conceitos e teorias. O coletivo de pensamento está associado aos valores e interesses sociais que orientam como e o que se vê, o que gera um olhar impregnado de pressupostos (FLECK, 2010).

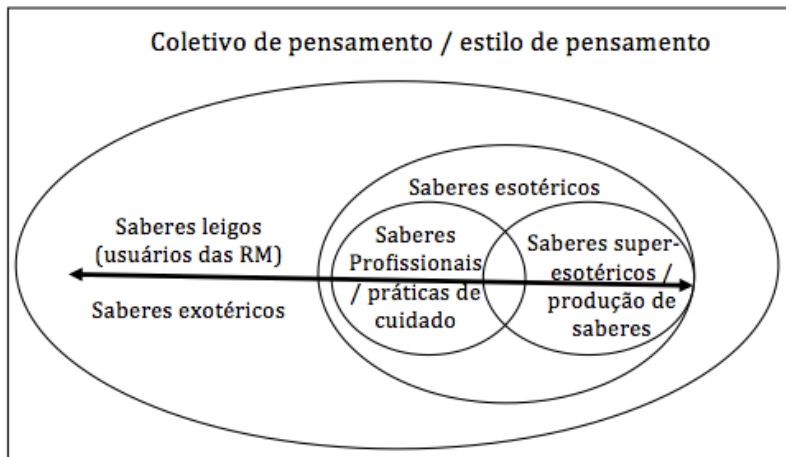
Outros conceitos elaborados pelo autor são os de círculo esotérico, círculo exotérico, circulação intracoletiva de pensamento e circulação intercoletiva de pensamento. A respeito destes termos, o círculo esotérico é um espaço composto por pessoas que detêm um saber especializado. Este círculo contém uma área na qual localizam-se profissionais que aplicam conhecimentos específicos (no cuidado clínico por exemplo) e uma área estreita formada por especialistas responsáveis pelo domínio e produção do conhecimento especializado (na publicação de artigos científicos por exemplo) (TESSER, 2008). De maior tamanho, o círculo exotérico corresponde ao saber popular ou o uso das informações por não especialistas. A esse respeito, Fleck relata que ambos os círculos fazem parte de um mesmo coletivo de

pensamento, o qual é formado por múltiplos círculos interseccionados, sendo o mais interno o esotérico e o mais externo o exotérico (Figura 4). O intercâmbio de informação entre os círculos de um mesmo coletivo de pensamento é chamada de circulação intracoletiva, já a comunicação entre diferentes coletivos é chamada de circulação intercoletiva (PARREIRAS, 2006).

Considerando a proposta da presente tese, a partir dos conceitos de Fleck pode-se lançar um olhar reflexivo sobre as possibilidades de circulação de informação que ocorrerão a partir do contato dos médicos participantes da experiência de ensino em acupuntura e o seu posicionamento entre os círculos eso e exotéricos de determinados coletivos de pensamento. Aproximando e aplicando essas ideias aos profissionais de saúde envolvidos nesta pesquisa, os médicos da atenção primária podem ser considerados membros esotéricos (especializados, formados na graduação e muitos com pós-graduação) do coletivo/estilo de pensamento da biomédico ou da biomedicina. Todavia, eles não estão no seu polo mais esotérico, dado que sua atuação clínica profissional os afasta da atividade de produção do conhecimento, ao estarem mais em atividade de exercício e prática desses conhecimentos para o cuidado e cura das pessoas.

Em geral, os médicos clínicos não conhecem nem dominam os métodos, saberes, teorias, complexidades e nuances técnicos, tecnológicos, sociais e políticos envolvidos da produção do conhecimento médico. Isso é particularmente evidente na biomedicina, em que o ambiente de prática clínica é cada vez menos valorizado como um lócus de produção de saber, tendo este se deslocado para um outro tipo de atividade que é de pesquisa científica (produção de evidências), em geral muito distantes da prática clínica e conduzido (ou mesmo realizado) por pessoas que não são clínicos praticantes (TESSER, 2013a).

Figura 4 - Esquema Fleckiano dos círculos eso-exotéricos



Fonte: Tesser (2013).

Os médicos da APS, em todo o caso, podem ser considerados agentes especializados esotéricos biomédicos. Eles estão em posição intermediária entre os leigos (tipicamente, os usuários desta medicina, seus pacientes) e os cientistas produtores de conhecimento biomédico científico. Por outro lado, em relação a medicina tradicional chinesa e à acupuntura, eles situam-se muito mais exotericamente, aproximadamente como leigos, porém não como leigos quaisquer, pois seus saberes especializados biomédicos abarcam valores, concepções, crenças e conhecimentos tácitos e explícitos que diferem dos leigos (pacientes ou pessoas não médicas) em geral.

A acupuntura envolve por um lado saberes e técnicas biomédicas em geral ignorados pelos médicos clínicos não acupunturistas, e que por outro lado, vista sob a ótica da MTC, é uma modalidade terapêutica relacionada a outra racionalidade médica muito diferente da biomedicina. Do ponto de vista da perspectiva fleckiana, o aprendizado de acupuntura/MTC por médicos da APS significa uma tentativa de: a) apresentar a “acupuntura biomédica” a médicos não acupunturistas, um saber e técnica pouco conhecido e utilizado frente aos vários procedimentos e tecnologias da medicina ocidental, mas ainda interno a eles; e b) apresentar e ensinar aos mesmos profissionais (de forma

básica e introdutória) a “acupuntura chinesa”, e por consequência a racionalidade médica da MTC. Isso significa, convidá-los a um deslocamento da sua perspectiva biomédica e introduzi-los à MTC, com as dificuldades, limites e complexidades envolvidas neste processo.

No marco destas considerações, espera-se que a articulação das ideias dos autores selecionados possa auxiliar a interpretar e a dar sentido conceitual aos achados do presente estudo. Desta maneira, como foi aqui experimentado, o que significou o ensino introdutório da acupuntura na perspectiva de médicos da APS, e quais seus desdobramentos, foram os principais interesses e questões de pesquisa que nortearam este trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as repercussões de um processo de educação permanente em acupuntura na prática de médicos que atuam na atenção primária à saúde do município de Florianópolis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a experiência de integração da acupuntura no contexto da atenção primária à saúde do município de Florianópolis através de um processo de educação permanente em acupuntura;

Compreender a experiência de incorporação da acupuntura na prática clínica de médicos efetivos da atenção primária;

Entender como a educação permanente em acupuntura influencia a compreensão do processo saúde-doença, na perspectiva de médicos efetivos da atenção primária;

Descrever a experiência da educação permanente em acupuntura e seus desdobramentos na formação de médicos residentes de medicina de família e comunidade.

3 MÉTODO

3.1 CARACTERIZAÇÃO E DELINEAMENTO METODOLÓGICO

O processo de caracterização e delineamento metodológico é um atributo fundamental de um trabalho científico. Este processo consiste na definição de um posicionamento de pesquisa, o qual vai estar associado a necessidade de realizar-se um conjunto de escolhas referentes a procedimentos metodológicos. Quando realizado de forma criteriosa e orientado pelos objetivos da pesquisa, o método delineado irá permitir que se alcance uma aproximação adequada do fenômeno a ser estudado (BRYMAN, 2012).

O posicionamento de pesquisa está ligado a uma série de fatores teórico-filosóficos e socioculturais que permeiam o contexto de formação do pesquisador (GUBA, 1990). Nesse sentido, Guba (1990) descreve alguns questionamentos essenciais que influenciam o posicionamento do pesquisador: o ontológico: qual natureza da realidade? e o epistemológico: como o conhecimento é adquirido? como se dá a interação entre o pesquisador e o objeto da investigação?

A partir da abordagem destes questionamentos esta pesquisa norteia-se através do posicionamento construtivista. Este é um posicionamento frequentemente utilizado no campo da pesquisa social e caracteriza-se por uma ontologia relativista - a realidade é construída pelo atores sociais envolvidos no processo de pesquisa e as aproximações da realidade são feitas através de lentes ou filtros teórico-cognitivos; e uma epistemologia subjetivista – a construção do conhecimento emerge através da experiência subjetiva dos participantes da pesquisa, bem como de sua interação com o pesquisador (GUBA, 1990; BRYMAN, 2012). Considerando as definições apresentadas, esta pesquisa caracteriza-se como exploratória, descritiva e que utiliza a abordagem metodológica qualitativa.

Entende-se que o método qualitativo adequa-se a proposta do estudo no sentido de buscar uma aproximação compreensiva da experiência de um grupo de médicos da atenção primária que participaram de uma atividade educativa em acupuntura. Esta modalidade metodológica prioriza a dimensão construtivo-interpretativa do conhecimento e da geração de significados que emergem da

experiência subjetiva dos pesquisados (FLICK, 2009; BRYMAN, 2012).

Coerente com o seu caráter exploratório, esta pesquisa também segue os pressupostos da Teoria Fundamentada (Grounded Theory), principalmente no que se refere a lógica indutiva presente nas técnicas e procedimentos de análise dos dados (CHARMAZ, 2006; STRAUSS; CORBIN, 2008). A esse respeito, percebeu-se que as múltiplas interações ocorridas, tanto na construção do programa do curso de introdução à acupuntura como na sequência de grupos focais que fizeram parte da pesquisa, propiciavam o uso do referencial da Grounded Theory (BRYMAN, 2012; CHO; LEE, 2014).

Ainda no contexto do delineamento metodológico, cabe também ressaltar que com o objetivo de apreender o fenômeno estudado por meio diversas fontes, optou-se por fazer uma triangulação de métodos (MATHISON, 1988), a qual reuniu: 1- as percepções dos participantes, através de grupos focais, 2- as percepções do pesquisador, por meio de diário de campo e 3- registros de sessões de acupuntura, com o uso de base de dados secundários.

Uma vez apresentados os aspectos que nortearam a caracterização e o delineamento metodológico deste estudo, serão apresentados a seguir detalhamentos sobre o campo de pesquisa, procedimentos e instrumentos de coleta e análise dos dados, bem como as considerações éticas deste trabalho.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Este estudo desenvolveu-se no município de Florianópolis entre os anos de 2012 a 2016 e teve como ambientes de pesquisa a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, o Hospital Universitário da UFSC e Centro de Ciências da Saúde da UFSC. Nestes ambientes foram realizadas atividades de educação permanente em acupuntura, das quais participaram os sujeitos do presente estudo: (1) médicos que atuavam na rede municipal de saúde de Florianópolis e (2) residentes de medicina de família e comunidade da SMS Florianópolis. Com intuito de melhor evidenciar em qual contexto está inserida a atividade de educação permanente nomeada de curso de introdução à acupuntura, inicialmente será realizado um breve resgate histórico do processo de implantação das Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde de Florianópolis. Em seguida serão apresentados detalhes sobre o processo de construção do curso e como este foi realizado.

3.2.1 Contexto da APS em Florianópolis e a implantação das Práticas Integrativas e Complementares no município.

Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina e tem um população de 421.240 habitantes (IBGE, 2010). A cidade tem reconhecimento nacional devido a qualidade e cobertura oferecida pela sua APS, sendo que em 2015 o município atingiu 100% de cobertura da população através da Estratégia de Saúde da Família (FLORIANÓPOLIS, 2015). Em 2014, foram realizadas 355.857 consultas médicas nos centros de saúde de Florianópolis, entre estas, 195.503 (55%) foram realizadas no mesmo dia da procura do paciente. Além disso, mais da metade dos centros de saúde oferecem atendimento às demandas dos usuários em até sete dias após a procura (BRASIL, 2015a). De acordo com o PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica), aproximadamente 90% das equipes de saúde da família do município foram avaliadas como acima ou muito acima da média nacional (BRASIL, 2015a).

Grande parte dos avanços conseguidos na APS de Florianópolis são atribuídos às práticas de gestão adotadas no município, que priorizam o fortalecimento da APS. Estas práticas incluem o investimento em qualificação dos profissionais que trabalham na rede de saúde por meio de atividades de educação permanente, além da especialização através da residência médica em MFC e multiprofissional em saúde da família (BRASIL, 2015a). Florianópolis também é pioneiro no Brasil na oferta sistematizada e organizada de PICs na APS, sendo que até o ano de 2014, entre as 134 equipes da ESF, 90 ofereciam algum tipo de PIC à população (BRASIL, 2015a; FLORIANÓPOLIS, 2016).

O marco norteador que legitimou e deu início às ações de expansão e fortalecimento das PICs na APS de Florianópolis ocorreu em 2010 com a publicação da portaria municipal que nomeou um grupo de servidores da SMS Florianópolis para compor a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC) (FLORIANÓPOLIS, 2010). A esta comissão atribuiu-se a responsabilidade de articular atividades voltadas à implantação das PICs na rede municipal de saúde do município. Como resultado inicial do trabalho da CPIC destaca-se o desenvolvimento de um método sistemático de implantação de PICs na atenção primária à saúde, o qual foi foco de estudo uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da UFSC (SANTOS, 2012). O método de implantação, já descrito anteriormente

na introdução desta tese, consiste em dois ciclos: (1) Regulamentação, legitimação e institucionalização das PIC com base na co-gestão e (2) Implantação progressiva das PICs com base na EPS (SANTOS; TESSER, 2012).

Para realização do ciclo 2 de implantação são necessários três fatores essenciais: (1) profissionais da atenção primária interessados em aprender alguma PIC e utilizá-la no seu centro de saúde de acordo com o plano local de implantação da sua Unidade Básica de Saúde; (2) profissionais da rede de saúde com formação em PICs que tenham interesse e capacidade de ensinar PICs para os interessados e (3) a autorização da gestão municipal liberando os profissionais para participarem das atividades. Cabe aqui ressaltar que o autor do presente trabalho, como funcionário da SMS Florianópolis, foi convidado para ser membro da CPIC e teve participação direta no processo de implantação das PICs.

Através das oficinas de sensibilização em PIC, verificou-se que os médicos da atenção primária manifestaram interesse em aprender acupuntura. Por conseguinte, buscaram-se profissionais que pudessem contribuir na elaboração de uma atividade educativa em acupuntura na lógica da educação permanente. Inicialmente, contactou-se um professor do departamento de clínica médica da UFSC que é médico especialista em acupuntura e solicitou-se a ele elaboração de uma proposta de atividade educativa em acupuntura. A partir deste proposta inicial, um membro da CPIC (autor do presente estudo), que realizou residência médica em acupuntura, iniciou um trabalho conjunto com o professor autor da proposta para organização e viabilização da atividade de educação permanente em acupuntura.

3.2.2 O processo de construção do curso de introdução à acupuntura.

A construção da educação permanente em acupuntura passou por várias etapas de discussão e aprimoramento até chegar ao seu atual estado. Desde o início da implantação das PICs realizaram-se três edições da atividade de educação permanente em acupuntura, nos anos de 2011, 2013 e 2014. Uma das características mais marcantes da construção do curso de introdução à acupuntura, como ficou denominada esta atividade de EPS em acupuntura, foi a recursão organizacional do processo⁵. Neste sentido, a cada edição do curso,

⁵ O termo recursão organizacional utilizado aqui vem ao encontro do conceito proposto por Edgard Morin. Este se refere ao processo recursivo presente nas

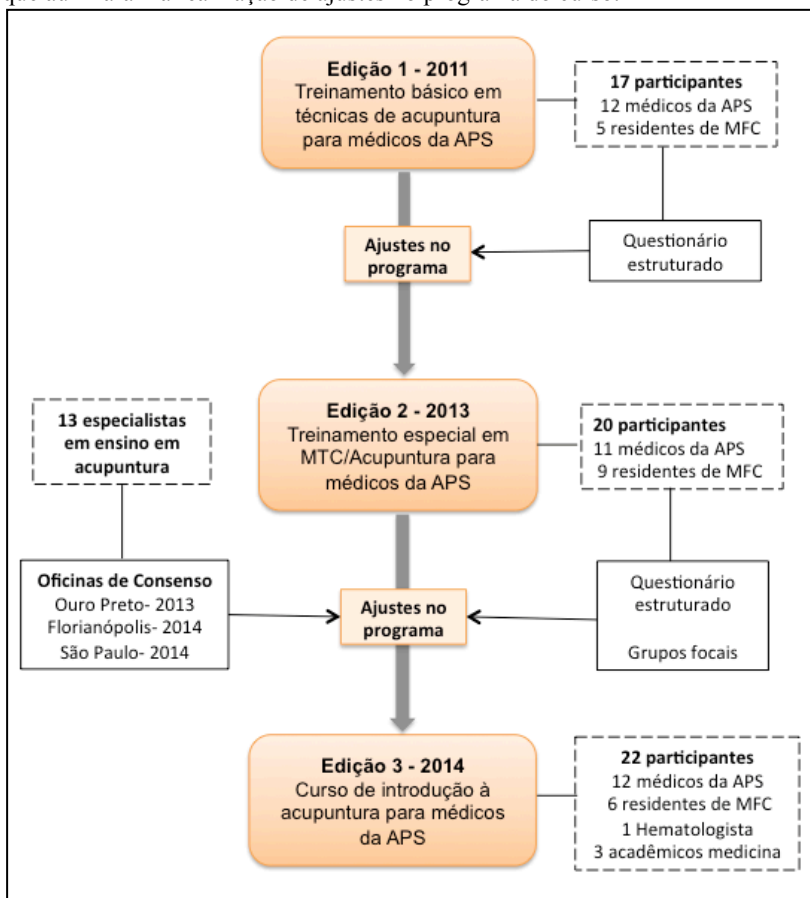
ajustes e aperfeiçoamentos no conteúdo e formato eram feitos para a próxima edição baseados nas sugestões (feedbacks) dos participantes da atividade.

Neste processo recursivo, também destaca-se a familiarização e aprimoramentos dos ministrantes do curso às concepções e processos envolvidos na educação permanente. Isso permitiu que a atividade educativa em acupuntura, que de início aproximava-se a uma atividade de educação continuada, gradualmente fosse tornando-se uma atividade com características de educação permanente ⁶. Adicionalmente, o conteúdo e formato do curso foi levado para discussão com médicos especialistas em acupuntura com experiência com ensino. Estas discussões, que ocorreram em três momentos durante congressos nacionais de acupuntura, também contribuíram para construção e estruturação do curso. A figura 5 sintetiza os elementos que influenciaram o processo de construção do programa do curso de introdução à acupuntura.

tramas relacionais. Um processo recursivo é um processo em que os produtos e os processos, são ao mesmo tempo causas e produtores do que se produz (MORIN; MATOS, 2007). Cabe destacar aqui que, a ideia recursiva, proposta pelo autor, se constitui numa ruptura com a ideia linear de causa e efeito, de produto e produtor. Entende-se que o já produzido volta-se sobre o que está sendo produzido num ciclo ininterrupto de auto constituição ou autorganização.

⁶ Vide explicação do conceito de educação continuada e educação permanente no capítulo de introdução desta tese.

Figura 5 – Representação esquemática das três edições realizadas do curso de introdução à acupuntura, o número de participantes de cada edição e os métodos que auxiliaram a realização de ajustes no programa do curso.



Na primeira edição em 2011, os conteúdos e formato do curso foram elaborados pelo professor de Clínica Médica da UFSC que, além de dar aulas de acupuntura em disciplina optativa de acupuntura na UFSC, é o coordenador da residência médica em acupuntura do Hospital Universitário da UFSC. Este professor tem mais de 20 anos de experiência no ensino da Acupuntura e é referência nacional no ensino de Medicina Tradicional Chinesa.

A proposta inicial da atividade foi intitulada de “Treinamento Básico em Técnicas de Acupuntura para Médicos da Atenção Primária à Saúde”. Os conteúdos abordados e a carga horária do curso foram selecionados com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ensino de acupuntura (WHO, 1999). A OMS propõe diferentes programas educacionais para o ensino da acupuntura. O conteúdo e duração (carga horária) de cada programa varia de acordo com a formação profissional de cada participante e com o objetivo do treinamento.

Para os profissionais médicos, há 2 modalidades propostas: formação completa e formação limitada. O programa de formação completa inclui 1500 horas de acupuntura e MTC. A formação limitada tem 3 opções de treinamento: (1) treinamento básico – programação pré-estabelecida pela OMS e carga horária de no mínimo 200 horas; (2) treinamento especial- programação do curso e carga horária de formação adaptados para a área de interesse particular do treinamento e; (3) treinamento avançado - os participantes devem ter formação prévia em acupuntura e a carga horária pode ser adaptada de acordo com o objetivo do treinamento (WHO, 1999).

Considerando-se as propostas de ensino de acupuntura OMS, optou-se pela modalidade de treinamento especial. O objetivo do treinamento seria o de ensinar os médicos da atenção primária diferentes técnicas de acupuntura, as quais eles pudessem utilizar no tratamento de problemas comuns vistos em sua prática clínica. O programa inicial do treinamento consistiu-se em um módulo teórico de 32 horas, dividido em oito encontros de quatro horas e um módulo prático de 40 horas, dividido em dez encontros de quatro horas (Anexos 2 e 3).

O módulo teórico foi ministrado por 2 médicos especialistas em acupuntura (o autor do presente estudo e o professor de clínica médica que elaborou o programa inicial), os quais são preceptores do Programa de Residência Médica em Acupuntura do Hospital Universitário da UFSC. Este módulo foi realizado uma vez por semana em oito semanas consecutivas. Durante o módulo teórico foram introduzidas as bases conceituais e cognitivas da medicina tradicional chinesa e principais técnicas de acupuntura utilizadas no tratamento de problemas comuns da APS, além de aulas sobre a abordagem da acupuntura sob a ótica da racionalidade biomédica. O módulo prático contou com a colaboração de três médicos especialistas em acupuntura da rede municipal de saúde de Florianópolis que trabalhavam em nas Unidades Básicas de Saúde e

de dois médicos que atendiam no Ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da UFSC.

No módulo prático, os participantes do curso compareceram até o local de trabalho dos médicos acupunturistas colaboradores para acompanhar casos e praticar, sob supervisão, as técnicas de acupuntura abordadas no módulo teórico. O período estipulado para conclusão dos dez encontros práticos foi de três meses. Receberam o certificado de conclusão do curso os participantes que cumpriram: (a) o mínimo de 75% de frequência no módulo teórico; (b) mínimo de 80% de frequência no módulo prático e (c) entrega de um relatório com a descrição dos pontos e técnicas de acupuntura utilizados em cada um dos encontros práticos (Apêndice 5).

Após o recebimento do certificado, os médicos participantes eram instruídos a preencher um formulário institucional do município para atuação em práticas integrativas e complementares. Neste formulário, constava a proposta da forma de utilização da acupuntura na unidade de saúde onde atuam. Além disso, o preenchimento do formulário também permitiu a solicitação de agulhas de acupuntura para uso na Unidade Básica de Saúde. Os médicos da APS poderiam então iniciar o tratamento com acupuntura em sua Unidade Básica. De forma complementar, assim como ocorria com outras especialidades médicas, os casos de maior dificuldade em que os médicos da APS constatavam a necessidade de avaliação do especialista em acupuntura, continuava disponível o fluxo de encaminhamento para às referências especializadas em acupuntura nas Policlínicas Municipais e Hospital Universitário.

É importante ressaltar que não era objetivo do curso formar especialistas em acupuntura. O principal intuito da atividade era o de estimular os participantes a utilizarem os conhecimentos e técnicas relacionados à acupuntura para ampliar o leque de opções terapêuticas no cuidado dos usuários do SUS. Ao completarem o curso, os médicos da APS não eram considerados especialistas acupunturistas, além disso o curso não credenciava estes médicos para realização da prova de Título de Especialista em Acupuntura - a qual tem como pré-requisito a apresentação de um certificado de conclusão de curso de especialização em acupuntura reconhecido pelo Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (formação que varia entre 400 e 600 horas) ou certificado de conclusão de residência médica em acupuntura (carga horária de 5760 horas).

Com objetivo de ratificar-se que o curso estaria sendo realizado dentro prerrogativas ético-legais, antes do início do primeira edição,

encaminhou-se um ofício ao Conselho Regional de Medicina (CRM) de Santa Catarina solicitando-se um parecer técnico sobre a proposta do curso. O conselheiro do CRM respondeu o parecer confirmando que os médicos poderiam praticar técnicas em acupuntura, porém estes não estariam aptos a anunciar-se como especialistas em acupuntura.

Este ofício ao CRM também auxiliou a esclarecer uma das recomendações da PNPIC que afirma: “Para toda inserção de profissionais que exerçam acupuntura no SUS será necessário o Título de Especialista” (BRASIL, 2006, p. 28). Como esta afirmação consta no tópico da PNPIC que refere-se ao uso da MTC/Acupuntura em Centros Especializados, interpretou-se que esta recomendação aplicar-se-ia apenas a profissionais que estivessem lotados como especialistas em acupuntura em Centros Especializados. Além disso, na PNPIC também constam as seguintes recomendações: “Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços de saúde ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema de referencia/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.” “Diretriz MTC/Acupuntura 2: Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/Acupuntura para profissionais no SUS, consoante aos princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.” (Brasil, 2006, p.28)

A partir destas recomendações verificou-se que a iniciativa de educação permanente em acupuntura desenvolvida no município de Florianópolis estava de acordo tanto com as prerrogativas ético-legais do conselho de medicina quanto com as diretrizes da PNPIC. Cabe aqui também destacar que a PNPIC recomenda: “desenvolvimento da MTC/Acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção à saúde.” (Brasil, 2006, p.28). Nesse sentido, há de se evidenciar os motivos que levaram a comissão responsável pela implantação das PICs em Florianópolis em optar pela realização do curso de introdução à acupuntura voltado para médicos da APS.

Dois principais fatores influenciaram esta opção da CPIC, o principal foi o fato do professor que desenvolveu o programa do curso, coordenador da residência médica em acupuntura, mostrar-se disposto a realizar o curso para um público-alvo composto por médicos da APS. O segundo fator está relacionado ao relato dos próprio médicos da APS, que durante as oficinas de sensibilização em PICs, manifestarem o interesse aprender técnicas de acupuntura. A partir disso a CPIC, que é uma comissão multiprofissional de funcionários da SMS Florianópolis os quais tem formação em MTC/Acupuntura e outras PICs, decidiu que

a EPS em acupuntura seria realizada para médicos da APS. Outra questão que também debatida entre os membros da CPIC foram as diversas ações judiciais que estavam acontecendo no campo da acupuntura e que, até o momento de realização do curso, não deixavam claro se o ensino introdutório de técnicas de acupuntura para outras categorias profissionais poderia ser respaldado pela SMS Florianópolis.

De qualquer forma não se excluíram as atividades relacionadas à MTC para as diversas categorias profissionais. De acordo os princípios da educação permanente, é essencial que as atividades educativas estejam articuladas e alinhadas com os propósitos de mudança institucional (BRASIL, 2009). Nesse sentido, o ensino introdutório da acupuntura/MTC para médicos da APS só seria efetivo se houvesse a possibilidade de ampliação do debate e uso das PICs junto aos membros da equipe de saúde e comunidade. Assim, diversas outras atividades de educação permanente relacionadas a MTC (Auriculoterapia, Do-In, Qi-Gong) foram desenvolvidas para que os profissionais de todas as categorias profissionais pudessem participar e estar envolvidos e alinhados ao processo de implantação das PICs via EPS.

A primeira edição do “Treinamento Básico em Técnicas de Acupuntura para Médicos da APS” foi realizada entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012. A partir desta experiência iniciaram-se debates sobre diferentes formas de aperfeiçoar o curso. As discussões foram pautadas em dois fatores: (1) Feedbacks dos participantes do curso, que foram coletados através de formulários de avaliação preenchidos a cada aula do módulo teórico (Apêndice 4) e (2) discussões entre os professores do curso e membros da CPIC.

A partir deste debates surgiram alguns tópicos a serem repensados para a segunda edição da EPS, entre eles destacaram-se: (a) fornecer material didático organizado para estudo complementar, (b) realizar um encontro final com os participantes após o término das aulas práticas, (c) iniciar o ensino da acupuntura pelos conceitos da racionalidade biomédica e depois abordar a medicina tradicional chinesa, (d) discutir mais casos clínicos e (e) buscar alguma outra forma de avaliação dos alunos que não uma prova final no último dia do módulo teórico.

Considerando-se os pontos de reflexão e achados da primeira edição, reformulou-se o conteúdo e formato da EPA e, em agosto de 2013, iniciou-se a segunda edição do curso. Esta edição foi intitulada “Treinamento Especial em MTC/Acupuntura para Médicos da APS”. O curso manteve a mesma caga horária e conteúdos abordados (Anexos 4 e 5). O ajuste no título do curso deveu-se a tentativa de aproximação ao

nome recomendado pela OMS, a qual chama esta modalidade de formação limitada de “treinamento especial” (WHO, 1999, p.11).

Em relação aos tópicos de ajustes destacados na primeira edição, todos eles foram incorporados na segunda edição: (a) criou-se uma pasta digital com os materiais de leitura complementar de todas as aulas do módulo teóricos, (b) modificou-se a última aula do módulo teórico para o fim do curso (após a realização do módulo prático) (c) iniciou-se o curso com a parte da racionalidade biomédica aplicada à acupuntura, (d) incorporou-se mais discussões de casos clínicos e foi incentivado que os participantes convidassem pacientes de sua Unidade Básica para serem tratados na aulas práticas⁷, (e) foi retirada a prova final prevista para o curso e mantida somente a entrega de um relatório com os pontos e técnicas de acupuntura aprendidos durante o módulo prático, como forma de acompanhamento da evolução da aprendizagem.

Durante a realização da segunda edição os participantes também preencheram os formulários de avaliação da EPS a cada aula do módulo teórico (Apêndice 4). Adicionalmente, foram realizados grupos focais com os médicos da APS e residentes de MFC participantes desta edição do curso. Detalhamentos sobre estes grupos serão apresentados posteriormente no tópico de procedimentos, técnicas e instrumentos de coleta de dados.

A segunda edição do curso finalizou em março de 2014 e, assim como realizado anteriormente, novos ajustes foram pensados para a próxima edição do curso, principalmente com tópicos levantados nos grupos focais com os participantes. Além disso, realizaram-se três oficinas de consenso com médicos especialistas em acupuntura com experiência em ensino. Os profissionais contatados eram professores de cursos de pós-graduação em acupuntura, de residências médicas em acupuntura e de disciplinas de acupuntura em cursos de graduação em medicina. A oficina de consenso⁸ consiste em um método participativo de discussão em grupo pautado no diálogo colaborativo entre múltiplos

⁷ Durante as aulas práticas os participantes discutiam com os acupunturistas casos clínicos de pacientes da sua própria unidade. Além disso, orientou-se que, se possível, os participantes convidassem alguns usuários para irem até o local do encontro prático para iniciarem o tratamento sob supervisão do facilitador do módulo prático.

⁸ Este método é comumente utilizado nas pesquisas de avaliação em saúde, onde o consenso se dá sobre indicadores que farão parte de uma matriz avaliativa (Pires et al., 2014).

participantes sobre um tema específico. Durante a oficina os participantes envolvidos são convidados a apreciar, criticar e incorporar sugestões ao tema proposto com o objetivo de encontrar consenso sobre os tópicos discutidos (PIRES et al., 2014).

As oficinas de consenso foram realizadas em congressos de acupuntura ocorridos em outubro de 2013 na cidade de Ouro Preto, em maio de 2014 na cidade de Florianópolis e em novembro de 2014 na cidade de São Paulo (Anexos 7, 8 e 9). Os professores receberam convite para participação na oficina via email, o qual explicava que a atividade se tratava de um projeto de pesquisa de doutorado e que a participação na oficina era voluntária. As reuniões foram organizadas e coordenadas pelo autor desta tese com autorização dos presidentes dos respectivos congressos. O objetivo das oficinas foi o de apresentar o modelo de educação permanente em acupuntura que estava sendo desenvolvido em Florianópolis e discutir modelos de formação em acupuntura para médicos da atenção primária. Após apresentação inicial, duas perguntas orientadoras foram utilizadas para nortear o debate. “Qual a sua opinião sobre o programa do curso desenvolvido em Florianópolis?” “Que sugestões você tem para aperfeiçoá-lo?”

Os professores de acupuntura que compareceram na oficina assinaram o termo de consentimento deste estudo, concordando em participar voluntariamente da pesquisa. Realizou-se gravação do áudio de todas as oficinas e estes registros de áudio foram utilizados para que o pesquisador (após escutar diversas vezes o material) compilasse os tópicos de discussão e sugestões. Os dados compilados eram discutidos entre o pesquisador e o outro professor do curso (e também com o orientador desta tese); e posteriormente levados para continuar o debate nas próximas oficinas. O quadro 7 apresenta as características dos participantes das oficinas, bem como usa frequência de participação nas mesmas.

A primeira oficina em Ouro Preto contou com a presença de seis participantes. Nesta oficina foi apresentado o contexto de realização do projeto de educação permanente em acupuntura, o programa inicial elaborado e a experiência de ensino com a primeira turma. De forma geral todos os participantes entraram em consenso sobre a importância do desenvolvimento de estratégias de ensino da acupuntura para médicos generalistas. A experiência do município de Florianópolis foi considerada uma iniciativa válida pelos professores. Nos próximos parágrafos são apresentadas algumas falas exemplificando as opiniões dos participantes: “A iniciativa é interessante, você está plantando uma semente para disseminar a acupuntura” (E3). Contudo, os especialistas

chamaram a atenção de alguns aspectos: “São muitos conteúdos, acho que poucos alunos vão conseguir absorver tudo o que foi ensinado em apenas 32 horas” (E6). “O curso é um tanto ambicioso, o aluno pode ficar confuso ao deparar-se com um gama tão grande de princípios de prescrição de pontos ... poderia ter um tipo de “menu com a sugestão do Cheff” ...”(E5).

Quadro 7 – Caracterização dos acupunturistas com experiência em ensino em acupuntura e frequência de participação na oficina de consenso.

Identificação do participante*	Contexto onde ensina acupuntura	Cidade/Estado onde ministra aula	Oficina que participou#
E1	Graduação Residência Médica Curso Especialização	Florianópolis-SC São Paulo-SP	O1 O2 O3
E2	Curso Especialização	Rio de Janeiro-RJ	O1 O2 O3
E3	Curso Especialização	Rio de Janeiro-RJ	O1 O2
E4	Curso Especialização	Porto Alegre-RS	O1 O2 O3
E5	Graduação Residência Médica	São José do Rio Preto-SP	O1 O3
E6	Curso Especialização	Rio de Janeiro-RJ	O1
E7	Graduação	Tubarão-SC	O1
E8	Graduação Residência Médica	Brasília-DF	O2 O3
E9	Curso Especialização	Lisboa-Portugal	O2
E10	Curso de Especialização	Porto Alegre	O2
E11	Graduação Curso Especialização	Rio de Janeiro-RJ	O2
E12	Graduação Residência Médica Curso Especialização	Recife-PE	O3
E13	Residência Médica Curso Especialização	São Paulo-SP	O3

Algumas propostas surgiram no sentido de melhoria do curso, como focar o tratamento em condições comuns tratadas com acupuntura, como lombalgia e cervicalgia. Também sugeriu-se que houvesse estratégias para que o curso tivesse impactos na gestão e que se pensasse em formas de matriciamento dos médicos participantes do curso. “O curso tem que ter algum enfoque que impacte na gestão, para incentivar que os gestores fiquem sensibilizados a disseminar a acupuntura ...com que recurso vai ser feita e mantida esta atividade? ... será que os recursos do PMAQ podem ajudar?”(E7) “É importante criar mecanismos de referência, contra-referência e matriciamento para apoio longitudinal aos alunos do curso” (E4).

Apesar das críticas sobre a densidade do conteúdo de MTC utilizada no curso, os participantes da oficina consideraram que a iniciativa do município de Florianópolis não deveria ser desmerecida. No fechamento da oficina um dos participantes fez o seguinte comentário: “... “a criança está linda”, só vamos cuidar para não jogar ela fora junto com a “água do banho”... ” (E2)” referindo-se a importância de dar continuidade à iniciativa e evitar que as críticas sobre o programa do curso não acabassem com o projeto.

A segunda e a terceira oficinas de consenso, em Florianópolis e São Paulo, contaram com a participação de sete e nove professores de acupuntura, respectivamente. No início de cada oficina foi feita uma breve apresentação geral do projeto de educação permanente em acupuntura de Florianópolis (para situar aqueles que estavam participando pela primeira vez), além de uma síntese dos tópicos debatidos e apontados nas oficinas anteriores. As discussões em ambas as oficinas concentraram-se principalmente em dois aspectos: (1) o modelo de ensino adotado e (2) da seleção de conteúdos a serem abordados com os alunos. Em relação aos modelos de ensino de acupuntura, houve concordância entre os especialistas sobre a possibilidade de utilização de dois modelos diferentes de ensino. Nesse sentido a opção por cada modelo iria depender principalmente do contexto onde o médico da APS estaria inserido e a disponibilidade e linhas formação dos professores do curso.

Um dos modelos propostos seguiria mais a linha da educação médica continuada, onde o ensino seria realizado de forma direcionada ao tratamento de patologias através protocolos fixos de pontos de

acupuntura ou uso de microssistemas⁹. Também sugeriu-se que este modelo serviria para treinamento de médicos especialistas. O outro modelo seguiria a lógica da educação permanente, no qual seria estimulado o processo reflexivo nos participantes sobre as diferentes formas de abordagem do processo saúde-doença, incluindo princípios de escolha de pontos de acordo com a racionalidade da MTC. O professores especialistas em acupuntura também destacaram que o uso da educação permanente abrangendo diferentes racionalidades seria um modelo mais propício para ensino de médicos de família, os quais já possuem um olhar mais ampliado do processo-saúde doença do que outros especialistas.

Em relação aos conteúdos a serem ministrados, houve algumas discordâncias entre os participantes das oficinas. Alguns especialistas relataram que tinham a percepção que os alunos não conseguiriam absorver os conteúdos de MTC e que, considerando a carga horária proposta pelo curso, deveriam ser focar-se em protocolos de tratamento e microssistemas. Outros opinaram que seria possível dar esta visão introdutória da MTC, mas que não haveria tempo disponível para abordar a racionalidade biomédica, e que isso poderia confundir os alunos.

Ao final da terceira oficina houve uma sugestão de que a carga horária do curso fosse ampliada para 100 horas, com o intuito de que as duas racionalidades pudessem ser adequadamente contempladas de forma introdutória. Após novas discussões, considerando as possibilidades de liberação de carga horária dos profissionais da APS (que muitas vezes é limitada) e a experiência adquirida pelos profissionais que ministraram o curso em Florianópolis, chegou-se o entendimento de que o curso poderia ser ampliado para menos para 80 horas.

O resultados detalhados das oficinas de consenso poderiam ser utilizados para construção de mais um artigo para sessão de resultados desta tese. Contudo, realizou-se a opção de fazer a descrição das oficinas de consenso aqui na sessão de métodos para melhor descrever o contexto em que o pesquisador estava inserido, bem como para

⁹ Microssistema é um termo utilizado para formas de tratamento com acupuntura que utiliza o princípio da reflexologia. Neste sentido, a teoria dos microssistemas propõe que há várias projeções ou representações do organismo em diferentes estruturas do corpo. Os microssistemas mais utilizados na acupuntura são a Auriculoterapia e a Nova Acupuntura Escalpeana de Yamamoto YNSA. Modelo que foi ensinado no município de Campinas (Ferreira,2006)

demonstrar a influência do processo de discussão sobre o ensino em acupuntura contribuiu na construção do curso de introdução à acupuntura estudado.

Após as propostas sugeridas nas oficinas de consenso e feedback dos participantes da segunda edição do curso, realizaram-se os seguintes ajustes para terceira edição da atividade: (a) ampliou-se a carga horária do módulo teórico de 32 para 40 horas (ampliou-se a carga horária dos oito primeiros encontros para 4,5 horas e adicionou-se um último encontro de 4 horas após o encerramento do módulo prático); (b) incluíram-se 4 sessões de raciocínio clínico durante o módulo teórico (2 sessões abordando o raciocínio clínico utilizando a MTC e 2 sessões abordando o raciocínio clínico utilizando a Biomedicina); (c) acrescentou-se demonstrações e atividades práticas em grupo durante o módulo teórico; (d) criou-se, como forma de acompanhamento do aprendizado, uma atividade onde os participantes faziam um breve resumo no início da aula (em forma de mapa mental, mapa conceitual ou desenho) sobre os principais tópicos aprendidos na aula anterior; (e) criou-se uma celebração de conclusão da atividade (confraternização do grupo realizada logo após o último encontro do grupo).

O quadro 8 demonstra, em linhas gerais, os tópicos abordados a cada semana do módulo teórico na terceira edição do curso, que foi intitulada de “Curso de Introdução à Acupuntura para Médicos da Atenção Primária à Saúde”. Optou-se por não utilizar-se mais o termo “treinamento” pois o mesmo não reflete a lógica educação permanente presente na atividade.

Quadro 8 – Tópicos abordados no módulo teórico na terceira edição da Educação Permanente em Acupuntura.

Data	Conteúdo	Carga Horária
Semana 1	Grupo focal 1 Apresentação do Curso Bases de Medicina Tradicional Chinesa	4,5h
Semana 2	Teoria de Órgãos e Substâncias Fundamentais Raciocínio Clínico na Medicina Chinesa-Parte 1	4,5h
Semana 3	Causas de doença; Modelo explicativo de mecanismos de doenças Semiologia Médica Tradicional Chinesa, Diagnóstico Tradicional chinês; Meridianos de Acupuntura	4,5h
Semana 4	Pontos de Acupuntura- Parte 1 Técnica de Agulhamento (demonstração prática) Princípios clínicos e fisiológicos na abordagem do paciente com dor	4,5h
Semana 5	Raciocínio Clínico na Medicina Chinesa- Parte 2; Racionalidades Médicas Evolução histórica da prática da Acupuntura Pontos de Acupuntura - Parte 2 (prática em grupo)	4,5h
Semana 6	Introdução à Acupuntura Médica Ocidental Raciocínio Clínico utilizando à Acupuntura Médica Ocidental – Parte 1 (demonstração prática)	4,5h
Semana 7	Síndrome Dolorosa Miofascial e Tensigridade aplicada ao aparelho locomotor. Anatomia de superfície e avaliação musculoesquelética (demonstração prática)	4,5h
Semana 8	Evidências Clínicas do Uso da Acupuntura, Segurança em Acupuntura Raciocínio Clínico utilizando à Acupuntura Médica Ocidental parte 2 (prática em grupo) Fechamento da parte teórica do curso	4,5h
Encontro de Revisão*	Grupo focal 2 Revisão de temas do curso Casos Clínicos Plano de Implementação da Acupuntura	4h

* Realizado três meses após o encontro da semana 8, momento que a maior parte dos participantes havia concluído ou estava finalizando as aulas práticas.

Durante o módulo teórico da terceira edição do curso utilizou-se exemplos práticos da utilização da racionalidade médica da MTC na abordagem de problemas comuns da prática clínica. Além disso, foram abordados aspectos básicos sobre o manejo de pacientes com dor crônica e de problemas musculoesqueléticos através de conceitos da acupuntura médica ocidental e neurofuncional, que compartilham elementos da racionalidade biomédica.

Cabe ressaltar que ambos os professores tinham experiência de ensino de MTC para estudantes de medicina, e que parte dos conteúdos das aulas ministradas eram similares aos abordados nas aulas do curso de medicina. Além disso, um dos professores possuía mestrado em neurociências, formação em acupuntura neurofuncional e treinamento em acupuntura médica ocidental; o que permitiu que este pudesse selecionar conteúdos básicos destas áreas para abordar como os participantes do curso.

Não foi objetivo dessa parte teórica esgotar os assuntos ou discutir muitos detalhes das técnicas de acupuntura. Durante as aulas, era exercitado junto aos participantes as variadas formas de observar, interpretar e intervir sobre o processo saúde-doença através da ótica da MTC e Biomedicina. Para facilitar este processo, utilizou-se as dimensões da categoria racionalidade médica. Os professores do curso também buscaram promover interação entre os participantes do grupo através de exercícios e práticas, para que estes compartilhassem suas experiências e percepções durante o curso.

No módulo prático, durante as três primeiras aulas os médicos da APS participavam de um “ambulatório didático onde eles próprios eram tratados ou recebiam tratamento dos colegas do curso. Desta forma, antes do início da prática com pacientes, os alunos tiveram a experiência de ter sido tratados com acupuntura e de, ao tratarem os colegas, ganharem mais confiança e habilidade na manipulação das agulhas. Nas sete práticas seguintes, os participantes iniciavam observando os atendimentos dos especialistas em acupuntura. A medida que os médicos da APS fossem familiarizando-se com os procedimentos e técnicas, estes passavam a tratar os pacientes sob supervisão do especialista. Cada especialista em acupuntura, recebia simultaneamente 2 a 4 participantes do curso em um turno de 4 horas de ambulatório.

Após o período de três meses do início do módulo prático (período estipulado para finalização das aulas práticas), um novo encontro foi marcado com todos os participantes (encontro de revisão). Neste foi discutida a experiência do grupo sobre a participação no curso, revisão de tópicos, discussão de casos clínicos e debate sobre possíveis

estratégias de implantação de acupuntura que se adequassem as diferentes dinâmicas de trabalho dos Centro de Saúde. Ao final deste encontro de revisão, os participantes organizaram uma confraternização do grupo.

A partir desta descrição do contexto onde está inserido o presente estudo, buscou-se evidenciar a trajetória percorrida pelo pesquisador no campo de pesquisa (APS de Florianópolis) e a temática deste trabalho (ensino da acupuntura para médicos da APS). Além disso, evidenciou-se as diferentes interações que influenciaram o processo de construção do curso de introdução à acupuntura. A seguir serão apresentados como foram selecionados os participantes do estudo.

3.3 PARTICIPANTES

Participaram da presente pesquisa um total de 36 médicos que cursaram a segunda e terceiras edições da atividade de educação permanente em acupuntura. Entre estes profissionais, 21 eram concursados ou contratados da rede municipal de saúde de Florianópolis (médicos efetivos) e 15 eram médicos residentes de medicina de Família e comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Estes profissionais foram selecionados de forma intencional, uma vez que todos eles eram participantes do curso.

Como critérios de inclusão dos participantes foram considerados os seguintes aspectos:

Para os Médicos Efetivos:

Ter vínculo formal com a SMS Florianópolis através de concurso público ou contrato por processo seletivo;

Exercer atividade clínica em alguma Unidade de Saúde da SMS Florianópolis;

Estar regularmente matriculado na atividade de educação permanente em acupuntura;

Não ter formação prévia em acupuntura;

Concordar voluntariamente em participar da pesquisa e concordar em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para os Médicos Residentes:

Ter vínculo formal com a SMS Florianópolis através do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Exercer atividade clínica em alguma Unidade de Saúde da SMS Florianópolis;

Estar regularmente matriculado na atividade de educação permanente em acupuntura;

Não ter formação prévia em acupuntura;

Concordar voluntariamente em participar da pesquisa e concordar assinar termo de consentimento livre e esclarecido.

O processo de inscrição dos participantes no curso ocorreu da seguinte forma:

Divulgação do período de inscrição no curso através da página de internet da SMS e da lista de e-mails de médicos da SMS;

Os médicos interessados no curso pactuavam com o coordenador da Unidade de Saúde onde trabalhavam as liberações para participação do curso. Era necessário um documento assinado pelo coordenador da unidade para proceder a pré-inscrição;

A Comissão de Práticas Integrativas Complementares (CPIC) recebia do Setor de Educação em Saúde da SMS uma lista de pré-inscritos e validava a inscrições. Caso a demanda de inscrições fosse maior do que o número de vagas, tinham preferência de inscrição os médicos que trabalhassem em Unidades de Saúde que já possuísem um plano local de implantação de PICs;

A CPIC encaminhava um e-mail para os médicos pré-inscritos confirmando a inscrição no curso e detalhes sobre a dinâmica da atividade.

No e-mail de confirmação de inscrição os médicos recebiam um convite para participar da presente pesquisa. Na mensagem era explicado que, no primeiro encontro presencial, as duas primeiras horas seriam dedicadas a realização de um grupo focal que fazia parte um projeto de doutorado da UFSC sobre educação permanente em acupuntura. No e-mail era esclarecido que a participação no grupo focal era voluntária, ou seja, não era obrigatória a participação nesta atividade para realizar os curso. Os inscritos podiam optar em chegar diretamente para a primeira aula, sem participar do grupo. Na mesma mensagem de e-mail, solicitava-se aos inscritos no curso uma resposta confirmando o interesse em participar do Grupo Focal.

3.4 PROCEDIMENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Considerando a natureza qualitativa do presente estudo, entende-se que é recomendável que o pesquisador tenha um grau de imersão no campo de pesquisa e que possua domínio das técnicas de coleta e

análise dados qualitativos. Neste sentido a etapa inicial da pesquisa consistiu na ambientação do pesquisador junto ao campo estudado, bem como com a familiarização com os procedimentos de pesquisa qualitativa.

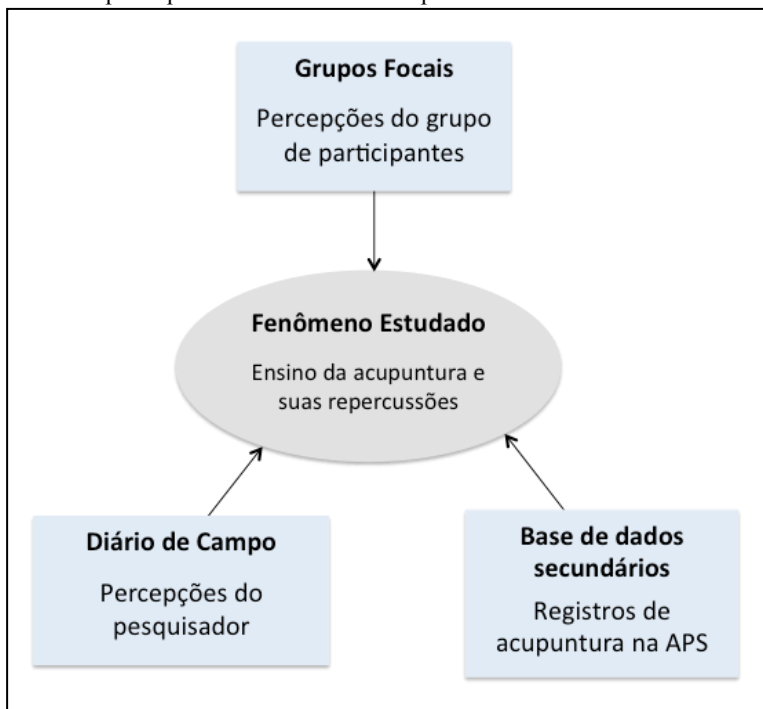
Desta forma utilizou-se a primeira e segunda edições da educação permanente em acupuntura para o processo de ambientação. Além disso, a familiarização do pesquisador com a condução da técnica de grupo focal e testagem da adequação dos questionários semiestruturados elaborados para esta pesquisa aplicou-se com os participantes da segunda edição do curso. Uma vez realizados estes procedimentos, o pesquisador, já ambientado no campo e com domínio das técnicas, repetiu os procedimentos com os participantes da terceira edição do curso. Os dados obtidos a partir desta terceira edição foram então reunidos para análise e representaram a principal fonte de informações que constituíram os resultados da pesquisa.

Utilizaram-se três diferentes fontes de coleta de dados para aproximação do fenômeno estudado (Figura 6): 1- Grupos focais: técnica de entrevista de grupo que permite captar as opiniões e percepções através de debate coletivo; 2- Diário de campo: instrumento utilizado pelo pesquisador para registro das percepções sobre o campo de pesquisa e fenômeno estudado; e 3- Base de dados secundários: utilizou-se a base de dados do sistema de registro eletrônico da SMS Florianópolis (Infosaúde) para obter-se os registros de sessões de acupuntura realizadas na APS.

Os registros de sessões de acupuntura na APS da base de dados Infosaúde foram coletados com autorização da SMS Florianópolis. Selecionou-se o período entre Janeiro de 2011 a Dezembro de 2015 com intuito de verificar a influência de cada edição do curso sobre o número total de sessões registradas na APS, além de verificar a quantidade de sessões de acupuntura feitas por cada participante do curso.

Com o objetivo de registrar de forma longitudinal o processo de ensino-aprendizagem dos participantes, optou-se por realizar três grupos focais em diferentes momentos: (1) antes do início do curso - nas duas primeiras horas do início da primeira aula teórica, (2) no final do curso - nas duas primeiras horas da última aula prática do curso e (3) entre seis meses e um ano após o término do curso.

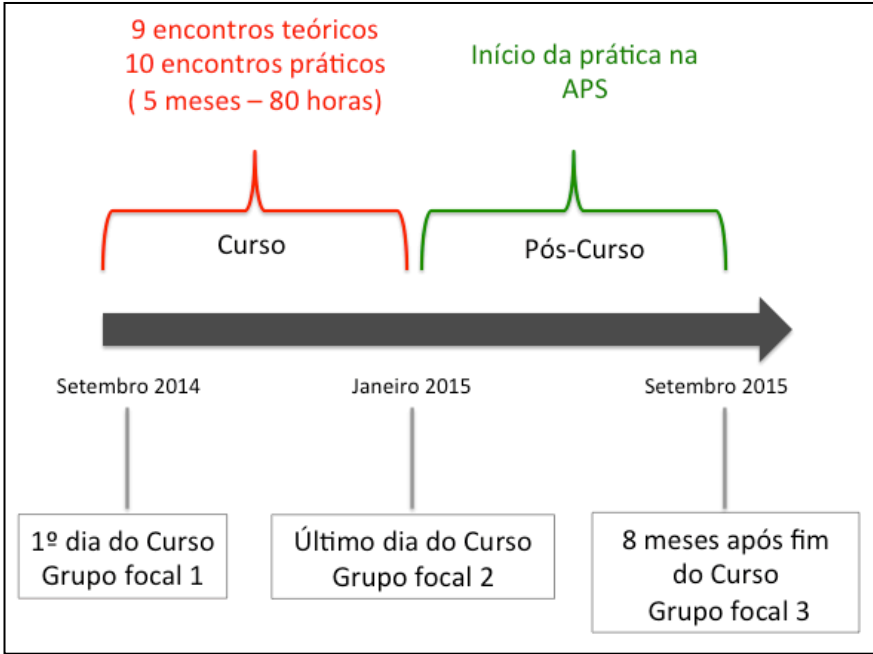
Figura 6 – Representação esquemática das três fontes de coleta de dados utilizadas para apreensão de diferentes aspectos do fenômeno estudado



Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

O moderador dos grupos focais foi o pesquisador principal deste estudo, que teve participações no curso, tanto na elaboração do conteúdo do curso, quanto ao ministrar aulas na etapa teórica e prática, tendo tido anteriormente prática como médico da atenção básica. Os grupos focais também contaram com a participação de uma observadora externa que tinha experiência de pesquisa na área de psicologia. Tanto o moderador quanto a observadora fizeram registros em diário de campo, os quais complementaram a informações obtidas através dos grupos. Todos os grupos focais foram gravados em áudio e vídeo, sendo os áudios posteriormente transcritos e os vídeos utilizados para observação de comunicação não verbal. A figura 7 esquematiza o decurso temporal das coletas de dados realizadas na terceira edição do curso de introdução à acupuntura.

Figura 7 – Representação dos períodos de realização dos grupos focais que envolveram médicos efetivos da terceira edição do curso de introdução à acupuntura.



Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Na segunda edição do curso (realizada em agosto de 2013 e janeiro de 2014), 11 médicos efetivos participaram tanto do primeiro quanto do segundo grupos focais. Entretanto, após várias tentativas de reunir o grupo no período pós-curso, no dia marcado apenas um dos participantes compareceu no dia agendado para o terceiro grupo focal (6 meses pós-curso), por isso não foi possível realizar-se este grupo com os médicos efetivos da segunda edição do curso. Já entre os residentes, conseguiu-se realizar os três grupos focais (9 participantes no primeiro grupo, 9 no segundo e 6 no terceiro). Sendo o último grupo realizado 1 ano após o término do curso. Desta maneira, os procedimentos realizados e dados coletados com os participantes da segunda edição foram utilizados para: (a) auxílio no aprimoramento do programa da terceira edição do curso, (b) para testar a adequação do roteiro semiestruturado de tópicos utilizados para condução do grupo focal e (c)

para ambientação e familiarização do pesquisador com procedimentos de pesquisa qualitativa. Optou-se, portanto, por não incluir o material transcrito dos grupos realizados com estes participantes na análise dados deste trabalho.

A terceira edição do curso, realizada entre setembro de 2014 e janeiro de 2015, contou com o total de 22 participantes, 12 médicos efetivos, 6 residentes de medicina de família, 1 médica hematologista, 3 estudantes de medicina. Os doze médicos efetivos foram convidados a participarem da pesquisa e, entre estes, dez aceitaram o convite. Nem todos os 10 médicos puderam participar dos três grupos, sendo que 6 participaram do primeiro, 10 do segundo e 6 do terceiro. Este último grupo foi realizado 8 meses após o término do curso. Para melhor descrição deste aspecto, as frequências de participação nos grupos focais bem como características sócio-demográfica destes profissionais (numerados de P1 a P10) estão descritas no Quadro 9 na sessão de resultados desta tese.

Com os residentes de MFC que participaram da terceira edição realizou-se somente o grupo focal um ano pós-curso. Isso ocorreu devido a não disponibilidade de horários compatíveis entre o pesquisador e os residentes para realização dos dois primeiros grupos. De qualquer forma, os dados coletados junto a estes residentes foram considerado relevantes pelos pesquisadores e por isso optou-se em incluí-los para análise neste trabalho.

Como instrumento de orientação dos debates utilizaram-se três roteiros semiestruturados, um para cada grupo focal. Nestes roteiros havia perguntas abertas e um caso clínico (o mesmo caso foi discutido no primeiro e segundo grupos), os quais foram elaborados com base nos objetivos da pesquisa. Os diferentes tópicos de discussão contemplavam: expectativas sobre o curso e conhecimentos prévios sobre MTC/Acupuntura, experiência de participação no curso, formas de integração e utilização dos conhecimentos abordados. Como descrito anteriormente, todos os roteiros foram previamente testados na segunda edição do curso nos mesmos três momentos de aplicação. Para os residentes de MFC da terceira edição, utilizou-se o mesmo roteiro do terceiro grupo focal realizado com os médicos efetivos.

3.4.1 Descrição do percurso metodológico e ambientação do pesquisador junto ao campo de pesquisa

A aproximação inicial do pesquisador junto ao campo de pesquisa iniciou no ano de 2011, quando este foi convidado a compor a

Comissão de Práticas Integrativas e Complementares da SMS Florianópolis. Como membro da CPIC, este pode participar das ações referentes ao processo de implantação das PICs na rede municipal de saúde. Entre estas ações, destacam-se as oficinas de sensibilização junto aos Centros de Saúde (atividades onde eram pactuados os planos locais de implantação) e as atividades de educação permanente, que incluíram cursos de auriculoterapia, automassagem (do-in) e a atividade educação permanente em acupuntura.

Na primeira edição do curso, realizada em 2011, o pesquisador participou como facilitador da atividade. Este esteve presente em todos os oito encontros do módulo teórico e foi responsável por ministrar a metade do conteúdo do módulo (4 encontros). Além disso, ele participou do módulo prático da curso recebendo alunos no Ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário. Neste local ele atuava como referência municipal e estadual em acupuntura atendendo pacientes encaminhados pelos Centros de Saúde.

A participação nesta primeira edição do curso permitiu ao pesquisador familiarizar-se com as dinâmicas de cada módulo da atividade, além de realizar observações iniciais sobre as interações do grupo de médicos que participou da primeira edição do curso. Pautado nesta experiência inicial, que serviu como um projeto piloto para trabalho, iniciou-se em 2012 a elaboração do presente projeto de pesquisa de doutorado.

Inicialmente, optou-se por fazer um estudo com métodos mistos, incluindo análises quantitativas e qualitativas, que avaliassem o impacto do curso na rede municipal de saúde. Na parte quantitativa, o estudo pretendido iria utilizar ferramentas de epidemiologia analítica para verificar possíveis influências do curso sobre a quantidade de prescrições de medicamentos, de solicitação de exames complementares e de encaminhamentos para especialistas realizadas pelos médicos que participaram do curso. Adicionalmente, seria utilizada a abordagem qualitativa para compreensão das repercussões do curso na prática dos médicos participantes.

Durante a apresentação do projeto de pesquisa na disciplina de métodos científicos do Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva, foi sugerida a reformulação do projeto. Os professores da disciplina relataram que, devido a quantidade de dados a serem coletados e grau de complexidade das análises propostas, o projeto poderia ser dividido em duas pesquisas. A parte quantitativa poderia ser alvo de uma dissertação de mestrado e a parte qualitativa seria foco de uma tese de doutorado.

Após discussões com o orientador do presente projeto, optou-se por reformular os objetivos desta tese para que esta se tornasse uma pesquisa de cunho qualitativo. Cabe aqui destacar que a parte quantitativa do projeto inicial acabou tornando-se uma dissertação de mestrado de outra aluna. Esta dissertação defendida no Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva da UFSC em fevereiro de 2016 e incluiu dados dos participantes da primeira e segunda edições do curso (COSTI, 2016).

À luz dos objetivos reformulados que constituíram a presente tese, iniciou-se a discussão sobre quais técnicas de coleta de dados forneceriam uma adequada apreensão das interações do campo de pesquisa. Considerando as limitações e vantagens das diferentes técnicas de coletas de dados qualitativos, decidiu-se utilizar nesta pesquisa a técnica de grupo focal como principal fonte de coleta de dados. De forma complementar, conforme descrito anteriormente, também utilizou-se o diário de campo do pesquisador e a base de dados secundários do sistema de registro eletrônico da SMS Florianópolis.

3.4.2 Características das técnicas de coleta de dados utilizadas

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados em grupo amplamente utilizada em pesquisa qualitativa. A técnica propicia o entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço (BLOOR, 2001; TRAD, 2009). É uma forma de entrevista em grupo que visa explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre um tema em questão. As pessoas convidadas a participarem do grupo focal têm características em comum que estão associadas ao tópico pesquisado. O grupo também é composto de um moderador que, em geral, é o pesquisador envolvido no estudo. Este incentiva os participantes a discutirem sobre o tema de interesse da pesquisa, trocarem experiências e interagirem sobre suas ideias, sentimentos, valores, dificuldades, soluções, etc. (TRAD, 2009). Quando criada, a técnica de grupo focal foi empregada em estudos voltados às áreas de marketing e mídia. Paulatinamente, o seu uso foi ampliado para outras formas de pesquisa, especialmente nas ciências sociais e humanas. Sua ênfase recai sobre o aspecto interativo da coleta e a produção de dados (FLICK, 2009).

A essência do grupo focal consiste na interação entre os participantes direcionada pelo pesquisador (moderador), o qual coleta os dados a partir do registro da discussão dos participantes através de gravações de áudio e/ou vídeo, complementando-os com anotações

sobre as interações ocorridas. É recomendado que o número de participantes do grupo seja composto por no mínimo 6 e no máximo 10 pessoas (BLOOR, 2001). Esta quantidade de pessoas permite que o grupo tenha pessoas suficientes para que ocorra a discussão em grupo e que se evite a não interação de participantes (BLOOR, 2001). Além do moderador do grupo, sugere-se que também haja um observador do grupo. A função do observador é de auxiliar o moderador a complementar os dados de registro da discussão. Além disso, o observador registra atitudes, comunicações não-verbais e tópicos de discussão que possam ter passado despercebidas pelo moderador (BLOOR, 2001).

O acolhimento do grupo pelo moderador é aspecto fundamental para produzir informalidade na discussão. O moderador necessita criar um ambiente onde os participantes sintam-se a vontade, sem nenhum tipo de pressão, facilitando a interação do grupo, para que todos possam abertamente contribuir com suas experiências e reflexões sobre o assunto (FLICK, 2009).

Na condução do grupo, a primeira tarefa do moderador é apresentar a si próprio, o assunto e a ideia da discussão grupal. A seguir, solicita-se que cada participante se apresente e, a cada contribuição, o moderador agradece dizendo o primeiro nome do participante. Feito isso, o moderador toma nota dos nomes dos participantes e das suas posições na sala. O moderador deve ter um roteiro semiestruturado que sintetiza as questões e assuntos da discussão, e encoraja ativamente todos os participantes a falar e responder aos comentários e observações dos outros membros do grupo. O intuito é avançar a partir de uma discussão iniciada pelo moderador para um debate onde os participantes interajam entre si (Bloor, 2001).

O roteiro semiestruturado utilizado pelo pesquisador geralmente contém perguntas abertas, frases ou trechos de textos que direcionem o debate. É importante ressaltar que o roteiro deve ser organizado de forma a atender ao objetivo geral e específicos da pesquisa. A cada tópico discutido, cabe ao moderador perceber se houve discussão em profundidade suficiente para contemplar o assunto levantado; e assim proceder para o próximo tópico (BLOOR, 2001).

Além da técnica de grupo focal, que consistiu na principal fonte de dados da presente pesquisa, foi utilizado a técnica de diário de campo do pesquisador. O diário de campo é o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da pesquisa. Este instrumento auxilia tanto na identificação de pontos relevantes a serem lembrados ou ressaltados na análise dos dados, bem como a captar o surgimento de ideias e observações que auxiliem na interpretação do

objeto de pesquisa em foco (FALKEMBACH, 1987). No presente trabalho foram utilizados registros em caderno escritos à caneta, além de registros através de editor de texto em computador. Adicionalmente além do diário de campo do pesquisador, observadora dos grupos focais também forneceu as suas anotações de diário de campo para agregarem-se às informações do pesquisador.

No que diz respeito à utilização de base de dados secundária, em Florianópolis, todas as consultas e procedimentos na atenção primária são registradas usando sistema de prontuário eletrônico. Este sistema foi implementado na cidade em 2007 e todos os médicos da rede têm familiaridade com seu uso. Há um código específico para registrar a sessão de acupuntura. Neste sentido, todos os profissionais da rede de saúde de Florianópolis são orientados e têm o hábito de inserir no sistema os códigos para todos os procedimentos realizados nas unidades de saúde. Isso permitiu que se monitorasse os registros de sessões de acupuntura no período dos últimos 5 anos (2011 a 2015), o que auxiliou a acompanhar tanto os registros de sessões de acupuntura realizados pelos participantes do curso quanto os de outros profissionais que não participaram.

A partir da triangulação das informações coletadas por meio de grupos focais, diário de campo e base de dados secundários, buscou-se aproximar-se de diferentes formas do contexto da pesquisa (APS), sujeitos envolvidos (médicos APS, efetivos e residentes) e fenômeno estudado (ensino da acupuntura e suas repercussões). A proposta da triangulação é considerada uma forma de aproximação multidimensional do contexto de pesquisa, a qual permite o estabelecimento de inter-relação entre os fatos, as falas e as ações. Esta abordagem, além de imprimir maior rigor metodológico à pesquisa, favorece uma compreensão mais abrangente do tema, além de aumentar a qualidade e confiabilidade das interpretações e inferências realizadas no estudo (MATHISON, 1988).

3.5 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

No contexto da pesquisa qualitativa observa-se uma grande quantidade de propostas de aproximações teórico-metodológicas em relação ao fenômeno de estudo, bem como são múltiplas as formas descritas de análise dos dados de pesquisa (STARKS; TRINIDAD, 2007). Neste sentido, considerando que a abordagem teórico-metodológica selecionada no presente trabalho adota um

posicionamento construtivista, é fundamental que se faça uma breve explanação sobre as alternativas de análise de dados qualitativos para esta pesquisa.

De acordo com Bryman (2012), tanto abordagens indutivas quanto dedutivas são utilizadas para análise dos dados em pesquisa qualitativa. A esse respeito, é importante que se entenda quais as diferenças entre estas duas abordagens. Os método dedutivo parte da criação de hipóteses prévias ou tópicos pré-determinados de estudo e, a partir disso, é lançado um olhar direcionado buscando encontrar informações sobre os elementos selecionados.

Um método comum de análise de dados qualitativos utilizado na aproximação dedutiva é a análise de conteúdo. Esta abordagem caracteriza-se por uma decisão prévia de quais categorias e códigos vão orientar a análise do material de pesquisa (CHO; LEE, 2014). A partir disso, ocorre codificação dos dados e organização dos mesmos junto às categorias já definidas. A figura 8 ilustra os passos utilizados na análise de conteúdo orientada pela abordagem dedutiva.

Figura 8 – Procedimentos utilizados na análise de conteúdo orientada pela abordagem dedutiva.



Fonte: Adaptado de Cho (2014).

Diferentemente da aproximação dedutiva, está a proposta de análise de dados a partir do método indutivo. Esta forma de análise inicia-se a partir dos dados da pesquisa e, com um olhar abrangente sobre o material de pesquisa, busca possíveis informações e significados que possam emergir a partir dos dados (CHO; LEE, 2014). O método indutivo não parte de categorias ou códigos pré-determinados. Desta maneira, os códigos são criados pelo pesquisador ao longo da análise do material e as categorias são construídas a partir do agrupamento de códigos que possuam informações ou significados semelhantes (CHO; LEE, 2014).

Entre os diferentes métodos indutivos de análise em pesquisa qualitativa, um dos mais conhecidos e comumente utilizados é o descrito pela teoria fundamentada (Grounded Theory) (STARKS; TRINIDAD, 2007). A teoria fundamentada foi inicialmente desenvolvida no fim década de 1960 por Glaser e Strauss (1967). Esta abordagem metodológica surgiu num contexto sociocultural no qual questionava-se a superioridade dos métodos de pesquisa hipotético-dedutivo utilizados pelas correntes hegemônicas de pesquisa da época (GLASER; STRAUSS, 1967; CHO; LEE, 2014). O método teve como proposta inicial, em oposição a corrente hipotético-dedutiva, a criação de uma metodologia de pesquisa que fosse capaz de criar teorias a partir dos próprios dados de pesquisa, sem a necessidade formal de que se criassem hipóteses prévias estanques ou que fosse necessário o uso de referências teóricas prévias (GLASER; STRAUSS, 1967; BRYMAN, 2012).

A teoria fundamentada ganhou grande popularidade entre os pesquisadores qualitativos, e desde a década de 1970 até o momento, desenvolveram-se três principais linhas de utilização da Grounded Theory (BRYMAN, 2012). Entre elas está a abordagem originalmente proposta por Glaser (também conhecida como teoria fundamentada clássica) que mantém a proposta original de se criar teoria a partir dos dados, sem a necessidade de grandes formalidades ou formas rígidas de aproximação dos dados (GLASER; HOLTON, 2007). Outra linha da teoria fundamentada que surgiu a partir da década de 1990 foi a proposta por Strauss e Corbin (2008). Com a justificativa da necessidade de melhor sistematização da forma como seriam codificados e organizados os dados, os autores desenvolveram uma forma de codificação particular que tornou-se a mais utilizada pelos pesquisadores que optam pela análise de dados através da Grounded Theory (STARKS; TRINIDAD, 2007; STRAUSS; CORBIN, 2008). Além disso, baseado no método de Strauss e Corbin, foram desenvolvidos Softwares de organização de dados qualitativos que tornaram ainda mais popular o uso desta abordagem (MUHR, 2004; BRYMAN, 2012).

Uma terceira linha da Grounded Theory foi a proposta por Charmaz (2006). Esta autora desenvolveu uma abordagem metodológica que ficou conhecida como teoria fundamentada construtivista. Esta linha propõe que, ao longo do processo de análise de dados, possam ser utilizados ideias de outros referências teóricas associados às próprias observações subjetivas do pesquisador (CHARMAZ, 2006).

Um debate existente no campo da pesquisa qualitativa é decorrente do uso da Grounded Theory como metodologia de pesquisa ou como forma de análise de dados. Esta discussão tem levado pesquisadores não habituados a trabalhar com a metodologia qualitativa a questionamentos sobre o uso da Grounded Theory como referencial de análise (CHO; LEE, 2014). No cenário atual de pesquisa, a teoria fundamentada é utilizada com os dois propósitos (criar teoria e análise de dados), sendo que é recomendado que o pesquisador elucide em seu trabalho qual o seu posicionamento frente às propostas de diferentes linhas da Grounded Theory (BRYMAN, 2012; CHO; LEE, 2014).

A partir destas observações, a presente pesquisa utiliza abordagem metodológica que se aproxima das propostas de Strauss e Corbin e de Charmaz (CHARMAZ, 2006; STRAUSS; CORBIN, 2008). Esta aproximação ocorre pela lógica recursiva e de múltipla interação entre procedimentos de coleta e análise de dados, os quais ocorreram de forma simultânea ao processo de construção da atividade de educação permanente em acupuntura.

De qualquer forma, é importante esclarecer que os achados desta pesquisa criam uma teoria circunscrita ao contexto singular em questão e que os dados empíricos são posteriormente interpretados à luz dos referenciais teóricos de outros autores. Assim, não é objetivo deste trabalho a criação de uma teoria (como utilizada em algumas interpretações da ciência) que vise a generalização abrangente dos dados oriundos de uma realidade imutável. A presente pesquisa foi elaborada com o intuito de explorar a dimensão construtivo-interpretativa do conhecimento e da geração de significados que emergem da experiência subjetiva dos médicos e residentes de MFC inseridos no contexto da atenção primária à Saúde de Florianópolis e que participaram de um curso de introdução à acupuntura.

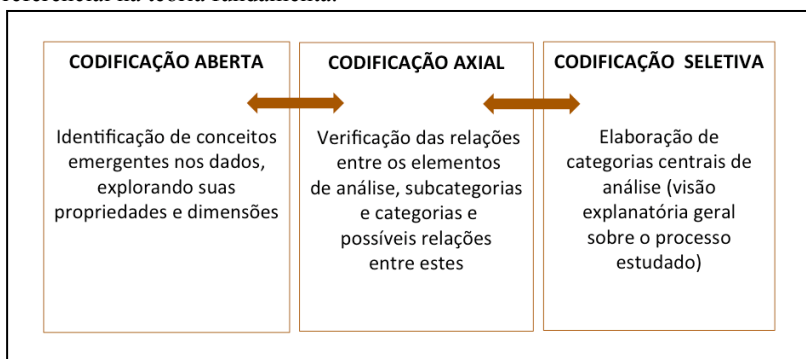
Uma vez esclarecidas as aproximações teórico-metodológicas deste estudo, destaca-se que os passos utilizados para análise dos dados da pesquisa basearam-se na Grounded Theory e seguiram os procedimentos descritos por Strauss e Corbin (2008). Os materiais envolvidos nestes procedimentos de análise constituíram-se das transcrições dos três grupos focais (pré-curso, pós-curso imediato e 08 meses pós-curso) realizados com os médicos efetivos da APS que participaram da terceira edição do curso de introdução à acupuntura. Os mesmos procedimentos também foram utilizados para análise da transcrição do grupo focal realizado com os residentes de MFC (grupo realizado um ano após o fim da terceira edição do curso). Cabe ressaltar que a análise do material referente a: (1) grupos focais com médicos da

APS e (2) grupo focal com residentes de MFC, realizou-se de forma separada e em momentos distintos. Desta maneira, cada uma das análises gerou seus próprios resultados, os quais estão apresentadas em dois artigos no capítulo de resultados e discussão.

A organização e análise dos dados proposta por Strauss e Corbin (2008) envolve um conjunto de técnicas e procedimentos que buscam identificar temas ou conceitos que emergem das falas dos participantes. Nesse sentido, a análise da transcrição dos grupos focais foram realizadas por dois pesquisadores, um com experiência de pesquisa na área de medicina (o autor deste estudo) e outra na área de psicologia (que foi observadora dos três grupos focais com médicos da APS, mas não teve participação no curso de introdução à acupuntura).

Os pesquisadores seguiram as três etapas de análise propostas pela Teoria Fundamentada (STRAUSS; CORBIN, 2008). A primeira, denominada de codificação aberta, consiste em realizar sucessivas leituras do material transcrito seguido do processo de desmembramento, exame e comparações dos dados, a partir das quais são delineados um conjunto de elementos de análise. Na segunda etapa é realizada a codificação axial, na qual ocorre a construção das categorias principais e subcategorias, com base no agrupamento das especificidades dos elementos de análise. Por fim, a terceira etapa, denominada codificação seletiva, integra e refina o conjunto de dados obtidos proporcionando compreensão integrada do fenômeno central investigado (STRAUSS; CORBIN, 2008). A figura 9 ilustra as três etapas de análise utilizadas na Grounded Theory.

Figura 9 – Etapas do processo de codificação utilizadas análise de dados com referencial na teoria fundamenta.



Fonte: Elaborado pelo autor com base em Strauss e Corbin (2008).

O processo de codificação foi realizado através do software Atlas-ti 5.0. Este programa, amplamente utilizado em pesquisa qualitativa, auxilia no estabelecimento de conexões e organização de grande quantidade de informações (MUHR, 2004). Para assegurar a confiabilidade e consistência metodológica do trabalho, a análise dos dados de transcrição dos áudios foram comparadas com as interpretações das informações de diário de campo do pesquisador e registros de comunicação não verbal observados nos vídeos dos grupos focais (BRYMAN, 2012). Esta triangulação, permitiu aos pesquisadores, após e sucessivas rodadas de discussão, a organização de dois quadros de categorias (um referente aos dados dos grupos com médicos efetivos da APS e outro referente ao grupo com residentes de MFC). Todos estes procedimentos metodológicos visaram criar uma aproximação do fenômeno estudado que facilitasse a análise dos dados a luz dos objetivos da pesquisa.

Além dos dados qualitativos obtidos através dos grupos focais, também foram analisadas as informações coletadas em base de dados secundários obtidos a partir do sistema de registro eletrônico da SMS Florianópolis (Infosaúde). Os dados foram acessados através do computador da sala da Coordenação das PICs na SMS Florianópolis através do sistema de geração de relatórios de procedimentos do Infosaúde. Os registros de sessões de acupuntura registradas na APS foram acessadas no período de 01/01/2011 a 31/12/2015. Além disso, foram acessados os dados individuais de sessões de acupuntura de todos os profissionais que registraram sessões de acupuntura na APS, o que incluiu tanto os participantes do curso quanto outros profissionais que já faziam acupuntura na SMS Florianópolis.

Os dados obtidos na base do Infosaúde foram transportados para uma planilha no software Microsoft Excel e posteriormente transferidos para o software Graph-Pad Prisma 5, o qual foi utilizado para elaboração de gráficos. Os dados foram abordados utilizando a proposta da epidemiologia descritiva que visa a relatar a frequência de registros de diferentes variáveis (ex. procedimentos, internações, óbitos, doenças, etc) em função do tempo, lugar e pessoa (PEREIRA, 2001). A partir desta abordagem foi possível acompanhar o curso temporal dos registros de sessões de acupuntura no período estipulado, a quantidade de sessões de acupuntura realizada por cada participante do curso e a proporção de sessões de acupuntura feitas por diferentes grupos profissionais na APS de Florianópolis. Como este estudo tem caráter exploratório e descritivo, não foi intuito da pesquisa o teste de hipóteses e por isso não

foram utilizadas ferramentas de análise estatística propostas pela epidemiologia analítica.

Por fim, cabe destacar os procedimentos de utilização de diário de campo do pesquisador. Este auxiliou no registro de informações ao longo de toda a pesquisa. O diário do pesquisador consistiu-se tanto de um caderno de anotações bem como de uma pasta digital contendo documentos redigidos no programa Microsoft Word ou digitalizados. Os dados do diário de campo foram utilizados para auxílio na construção das categorias após análise inicial do material transcrito dos grupos focais. O pesquisador após leituras sucessivas dos diário e das transcrições dos grupos focais selecionava tópicos e os incluía na forma de anotações (memos) junto ao processo de análise e interpretação dos dados de grupos focais (CHARMAZ, 2006; STRAUSS; CORBIN, 2008). Adicionalmente, no diário de campo também ficavam os registros dos dados demográficos de todos os participantes, bem como a lista de dos participantes que inscreveram-se e concluíram cada edição do curso.

4.6 CONSIDERAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi realizada com a aprovação da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Além disso, o trabalho contou com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer substanciado número 358.044, de 12/08/2013. Foi solicitado a todos os participantes da pesquisa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Apêndice 7), sendo que uma ficou com o participante e outra com o pesquisador. A pesquisa cumpriu os princípios éticos da Declaração de Helsinki e também seguiu as recomendações da Resolução CNS no 466, de 12 de dezembro de 2012. A identidade dos participantes foi preservada neste trabalho. Nesse sentido, foram utilizados códigos alfanuméricos para a identificação das falas descritas na pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo está dividido em três partes, a primeira aborda a caracterização sócio-demográfica dos sujeitos da presente pesquisa: médicos efetivos da APS e residentes de MFC que participaram da terceira edição do curso de introdução à acupuntura. A segunda é composta por três artigos que contemplam a apresentação dos resultados do trabalho e a discussão dos dados obtidos. A terceira parte é composta por uma discussão complementar dos resultados à luz dos referenciais teóricos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O grupo de participantes de médicos efetivos da APS é composto por 10 sujeitos, sendo 5 do sexo feminino e 5 do masculino. As médias de idade e tempo de atuação profissional dos participantes é de 39,8 anos e 14,6 anos, respectivamente. Nove entre os dez médicos apresentava algum tipo de pós-graduação. Nem todos os participantes puderam participar dos três grupos focais que fizeram parte desta pesquisa. O primeiro grupo contou com 6 médicos, no segundo grupo todos estiveram presentes e no terceiro 6 participantes compareceram. O quadro 9 demonstra as características sócio-demográficas dos participantes, os quais foram identificados através de sigla alfanumérica de P1 a P10.

O quadro 10 demonstra as características sócio-demográficas do grupo de médicos residentes de MFC, o qual é composto por seis residentes do sexo masculino. A média de idade dos participantes é de 28,1 e o tempo de atuação profissional médio é de 2,2 anos. Nenhum dos residentes possuía pós-graduação.

Quadro 9 – Caracterização sócio-demográfica, perfil profissional e participação nos grupos focais dos profissionais envolvidos no estudo.

Identificação do médico*	Idade (anos)	Sexo	Tempo de atuação profissional (anos)	Pós-Graduação	Grupo focal que participou#
P1	40	F	15	Med. Fam. e Comunidade Endocrinologia	g1 g2 g3
P2	37	M	13	Med. Fam. e Comunidade	g1 g2 g3
P3	54	M	26	Med. Geral Comunitária Homeopatia Mestrado e Doutorado	g1 g2
P4	36	M	12	Med. Fam. e Comunidade Mestrado	g1 g2 g3
P5	41	M	16	Med. Fam. e Comunidade	g1 g2 g3
P6	53	F	27	Med. Preventiva e Social Mestrado e Doutorado	g2
P7	29	F	5	Med. Fam. e Comunidade	g2
P8	28	F	2	Não	g2 g3
P9	35	F	10	Med. Fam. e Comunidade Geriatria	g2
P10	45	M	20	Med. Fam. e Comunidade	g2 g3

P- participante; # g1- grupo focal 1, g2-grupo focal 2, g3-grupo focal 3. Na descrição dos resultados, as falas dos participantes estão identificadas através de representação alfanumérica (P1 a P10), seguido do respectivo grupo focal na qual a fala foi registrada (g1 a g3).

Quadro 10 - Caracterização sócio-demográfica, perfil profissional dos residentes de MFC envolvidos no estudo.

Identificação*	Idade (anos)	Sexo	Ano de formatura	Pós-Graduação
RM1	29	M	2013	Não
RM2	27	M	2013	Não
RM3	27	M	2012	Não
RM4	29	M	2013	Não
RM5	29	M	2013	Não
RM6	28	M	2013	Não

RM- residentes de MFC; Na descrição dos resultados, as falas dos participantes estão identificadas com através de representação alfanumérica (RM1 a RM6).

4.2 APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

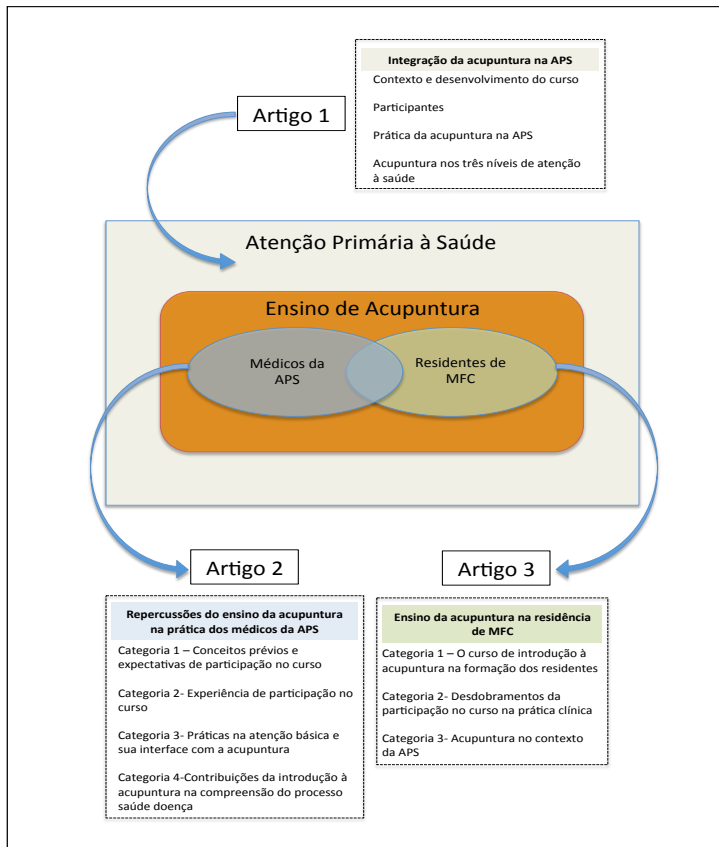
A análise e discussão dos resultados é apresentada através de três artigos. O primeiro deles propõe-se a responder o objetivo específico 1 desta tese e trata da caracterização do modelo de educação permanente desenvolvido para médicos da APS de Florianópolis. Este artigo descreve o contexto onde foi criado o curso e o processo de desenvolvimento do mesmo. Além disso, é apresentado o número total de participantes de cada edição do curso, bem como a quantidade de médicos que manteve prática da acupuntura no período pós-curso. O artigo demonstra a evolução do registro do número de sessões de acupuntura na APS de Florianópolis nos últimos 5 anos e também discute como o curso permitiu a melhora da comunicação entre os médicos da APS e os especialistas em acupuntura.

O artigo 2 trata das repercussões do ensino da acupuntura na prática dos médicos efetivos da APS de Florianópolis e visa atender os objetivos específicos 2 e 3 desta pesquisa. Nesse sentido os dados dos três grupos focais, organizados em 4 categorias, evidenciaram a experiência de incorporação da acupuntura na prática clínica de médicos da APS, além de sinalizar aspectos referentes à influência do processo

de educação permanente em acupuntura sobre a compreensão do processo saúde-doença.

O artigo 3 traz a experiência de ensino da acupuntura para os médicos residentes de medicina de família e comunidade, o qual associa-se ao objetivo específico 4 do estudo. Organizaram-se em três categorias os dados que emergiram da discussão no grupo focal realizado um ano após o curso. O artigo demonstra os desdobramentos do ensino-aprendizagem da acupuntura no processo de formação dos residentes de MFC. A figura 10 compila através de uma representação esquemática os artigos produzidos nesta tese, os tópicos contidos em cada um e a interação destes junto ao fenômeno estudado.

Figura 10- Representação esquemática do campo de pesquisa e os artigos produzidos que reportam-se ao contexto do estudo (Artigo 1) e sujeitos envolvidos (Artigos 2 e 3).



Fonte: Elaborado pelo autor (2016.)

4.3 ARTIGO 1

INTEGRANDO A ACUPUNTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE UM MODELO EDUCATIVO IMPLEMENTADO NO SUS DE FLORIANÓPOLIS

Artigo publicado no periódico *Acupuncture in Medicine* em 01/07/2016. Moré AO, Tesser CD, Li SM. Integrating acupuncture into primary health care: the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. *Acupunct Med*. 2016 (Epub ahead of print). Artigo original (publicado na língua inglesa) encontra-se na base de dados PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27371532>

RESUMO

Atenção primária à saúde (APS) é a principal porta de entrada e o primeiro nível de contato para indivíduos, famílias e comunidades dentro do sistema público de saúde. Considerando-se que poucos estudos investigaram o uso da acupuntura na APS, este artigo apresenta a experiência do município de Florianópolis (Brasil) ao integrar a acupuntura na APS através de uma atividade educativa desenvolvida para ensinar acupuntura aos médicos da APS. O programa do curso foi desenvolvido utilizando os padrões da OMS para a formação de acupuntura e discutidos em três reuniões de consenso. Entre 2011 e 2014 três edições de um curso de acupuntura introdutório para médicos da APS foram oferecidas. Durante este período 53 médicos concluíram o curso. O número de sessões de acupuntura em APS subiu de 1.349 em 2011 para 6.488 em 2015. Foi observado em 2015 que 81% dos participantes do curso que continuavam trabalhando na APS utilizavam regularmente acupuntura em sua prática diária, com uma média de 11,35 sessões por mês. Além disso, o trabalho colaborativo, que começou durante o curso entre os médicos da APS e os especialistas em acupuntura dos níveis de atenção secundário e terciário, ajudou a aumentar a qualidade do encaminhamentos de acupuntura e facilitar discussões de casos clínicos. Em conclusão, a experiência da cidade de Florianópolis mostra que o ensino acupuntura para médicos da atenção primária é um modelo sustentável que pode ajudar a introduzir a acupuntura na APS. Além disso, esta iniciativa pode ampliar o acesso ao

tratamento da população com acupuntura e aumentar a comunicação entre médicos da APS e especialistas em acupuntura.

Palavras-chave: acupuntura, educação médica, saúde pública, atenção primária à saúde

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos houve uma expansão considerável no uso da acupuntura no sistema público de saúde em diferentes países.^{1 2} Vários estudos internacionais têm demonstrado esta tendência no Reino Unido, Brasil, Estados Unidos, Escandinávia, Austrália e muitos outros locais.³⁻⁷

O uso da acupuntura no sistema público de saúde brasileiro é amparado por um ato legal desde 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).⁴ O progresso na oferta de acupuntura em ambulatórios e hospitais no sistema público de saúde brasileiro na última década é ilustrado pelo número crescente de consultas de acupuntura por ano, que passou de 109.331 consultas em 2000 para 282.004 em 2007.⁴

Apesar do aumento do número de consultas durante este período, a maioria dos pacientes necessita aguardar um longo período em uma lista de espera até ser atendido pelo acupunturista da atenção secundária. Além disso, alguns pacientes precisam deslocar-se por longas distâncias para chegar ao local tratamento. Uma possível alternativa para superar estes problemas é oferecer acupuntura no contexto da atenção primária à saúde (APS).

Considerando que a atenção primária é a principal entrada para o sistema de saúde, introduzir a acupuntura nos cuidados primários poderia ajudar a expandir o acesso a cuidados integrativos, incluindo tratamentos clínicos efetivos para problemas de saúde comuns. Neste artigo apresentamos e discutimos nossa experiência na cidade de Florianópolis na integração de acupuntura em APS usando um modelo educativo desenvolvido para ensinar a acupuntura aos médicos da atenção primária.

CONTEXTO

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).⁸ A PNPIC apoia a implementação de práticas integrativas e complementares, incluindo a acupuntura, especialmente no nível da APS.⁸

Quase dez anos após a publicação da PNPIC, uma pesquisa recente avaliando o uso de práticas integrativas e complementares (PIC)

no Brasil, demonstrou que cerca de 20% de todas as equipes de cuidados primários brasileiros estão oferecendo tratamentos integrativos e complementares para a população. Além disso, esta pesquisa mostrou que a acupuntura e fitoterapia são as modalidades mais comuns de PIC praticadas em assistência primária.⁹

Florianópolis é uma cidade no sul do Brasil, com uma população de 421.240 e é a capital do estado de Santa Catarina. O governo brasileiro reconhece a cidade por alta qualidade da sua atenção primária.¹⁰ Em 2010, Florianópolis começou a desenvolver um método de implementação de práticas de saúde integrativas nos cuidados primários. Este método incentiva o desenvolvimento de ações racionais e sustentáveis, fomentam a gestão participativa, a construção da integralidade e a ampliação do cuidados realizado na APS, oferecendo ferramentas de gestão e cursos de educação permanente para facilitar o uso de práticas complementares.¹¹

Uma pesquisa sobre o conhecimento e atitude em relação à PIC entre médicos e enfermeiros das equipes de atenção primária em Florianópolis mostrou uma atitude positiva em relação PIC.¹² Além disso, durante o processo de implementação da PIC, as equipes de cuidados primários mostraram interesse em aprender mais sobre a acupuntura, auriculoterapia, do-in (acupressão), exercícios terapêuticos chineses e fitoterapia.¹³

Depois de mapear as áreas de interesse das equipes de atenção primária, o passo seguinte se consistiu no estabelecimento de parcerias com a Universidade Federal de Santa Catarina para auxílio no desenvolvimento de educação permanente em diferentes áreas da PIC. Professores de diferentes áreas acadêmicas, incluindo acupuntura, medicina chinesa, medicina interna, saúde pública, fisiologia, anatomia e história, em colaboração com os profissionais de saúde da Secretaria de Saúde de Florianópolis, criaram vários programas de educação permanente, incluindo: acupuntura, auriculoterapia, do-in, reflexologia, qi gong, ioga, fitoterapia e nutrição integrativa.¹³

Todos estes cursos em PIC são continuamente oferecidos aos profissionais da APS que atuam no sistema público de saúde em Florianópolis. Estes cursos seguem uma estratégia educacional que utiliza a lógica da Educação Permanente em Saúde.¹⁴ Esta estratégia é parte de uma política nacional que orienta às formações para trabalhadores do SUS. Seu principal objetivo é o promover um ambiente de ensino-aprendizagem reflexiva nos serviços de saúde.^{13,14}

DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA EM ACUPUNTURA PARA OS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe diferentes programas educacionais e padrões de referência para treinamento e formação em acupuntura.¹⁵ O conteúdo e duração do programa variam de acordo com a experiência profissional do participante e o objetivo do treinamento proposto. Para os médicos, há duas modalidades propostas: formação integral e treinamento limitado. O programa de formação integral inclui 1500 horas de acupuntura e formação em Medicina Tradicional Chinesa (MTC). A formação limitada tem três opções de sub-modalidade: (1) formação básica - mínimo de 200 horas de treinamento; (2) curso especial - o número de horas de formação pode ser adaptado para a área de interesse particular do curso; e (3) a formação avançada - os participantes devem ter previamente concluído um curso de acupuntura e o número de horas de formação pode ser ajustado conforme o objetivo do treinamento.¹⁵

Com base nessas normas da OMS, um curso de acupuntura introdutório para médicos da APS foi projetado utilizando os parâmetros do curso de treinamento limitado/especial. Além disso, a abordagem pedagógica seguiu os princípios do modelo de Educação Permanente em Saúde.

Inicialmente, um professor experiente na área da acupuntura e professor de medicina interna da Universidade Federal de Santa Catarina desenvolveu o programa do curso inicial de acordo com os princípios utilizados no programa de residência médica em acupuntura.¹⁶ O projeto inicial do curso consistiu em 32 horas de teoria (quatro horas por semana ao longo de oito semanas) e 40 horas de prática supervisionada (quatro horas por semana durante 10 semanas). O conteúdo do curso incluiu princípios do MTC e acupuntura médica ocidental, com foco principal em situações clínicas comuns e as principais queixas encontradas na prática da APS.

Após sua formatação inicial, o programa do curso foi discutido com os especialistas em ensino da acupuntura em três reuniões de consenso. Essas reuniões foram realizadas durante os Congressos do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura. Após as reuniões de consenso, alguns ajustes foram feitos para o conteúdo do curso e oito horas extras de teoria foram incluídas no programa.

O programa final do curso constou de 40 horas de teoria e 40 horas de prática supervisionada. As evidências científicas e os princípios de segurança foram adicionados ao conteúdo do curso. Os

conceitos e técnicas MTC e acupuntura médica ocidental foram mantidos no programa, e eles foram abordados e discutidos durante o curso através da categoria “Racionalidade Médica”.¹⁷

Racionalidade médica é uma categoria analítica criada para estudar e comparar os sistemas médicos complexos. Ela propõe que diferentes racionalidades médicas coexistem (por exemplo, biomedicina, MTC, homeopatia, medicina ayurvedica e antroposofia) dentro das sociedades contemporâneas. Elas podem ser comparadas umas com as outras - sem assumir que apenas uma delas é "verdadeira" ou "correta" - utilizando um sistema estruturado de seis dimensões: (1) doutrina médica; (2) morfologia; (3) fisiologia - dinâmica vital; (4) sistema de diagnóstico; (5) sistema terapêutico; e (6) a cosmologia - uma visão particular ou compreensão do mundo que abarca todas as outras dimensões. O grupo da Professora Madel Luz, uma cientista social brasileira, propôs essa categoria no início de 1990 e este tem sido usado desde então em diferentes contexto de ensino e de pesquisa.¹⁷

Os cursos introdutórios de acupuntura foram realizados na Secretaria de Saúde de Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital Universitário. Dois especialistas em acupuntura do Programa de Residência Médica Acupuntura do Hospital Universitário ministraram a parte teórica do curso. Os especialistas em acupuntura que trabalham na APS (Unidades Básicas de Saúde), atenção secundária (Policlínicas) e terciário (Hospital Universitário) receberam os participantes do curso em seu local de trabalho para a prática supervisionada. Os participantes foram incentivados a trazer alguns dos seus próprios pacientes para a prática supervisionada e discutir opções de tratamento com os especialistas em acupuntura.

Os médicos da APS tinham cinco meses para concluir o curso (dois meses para a parte teórica e três meses para a prática supervisionada). Para receber o certificado de participação, os médicos tiveram de elaborar um relatório com a descrição dos pontos de acupuntura / gatilho usados, as condições clínicas tratadas e às técnicas utilizadas durante o estágio supervisionado. Todos os participantes receberam material suplementar com o conteúdo de cada aula para estudo complementar e foram encorajados a participar e apresentar casos clínicos durante a reunião semanal do Programa de Residência Médica Acupuntura.

É importante mencionar que o principal objetivo do curso foi a introdução de conceitos e técnicas de acupuntura para os médicos da APS. Os participantes do curso, como médicos generalistas, poderiam usar o conhecimento de acupuntura para o benefício de seus pacientes

de uma forma semelhante que eles usam conceitos e técnicas de outras disciplinas médicas, por exemplo, neurologia, ortopedia, reumatologia e ginecologia.

Cabe também ressaltar que os médicos que completam o curso não recebem o título ou tem licença trabalhar como um especialista em acupuntura. Além disso, eles não recebem credenciamento para inscrever-se para o exame de título de especialista em acupuntura da Associação Brasileira de Medicina. No Brasil, os médicos que desejam tornar-se especialistas em acupuntura precisam completar um curso de especialização de dois anos e meio (600 horas) ou a residência médica em acupuntura (5760 horas).^{8,16}

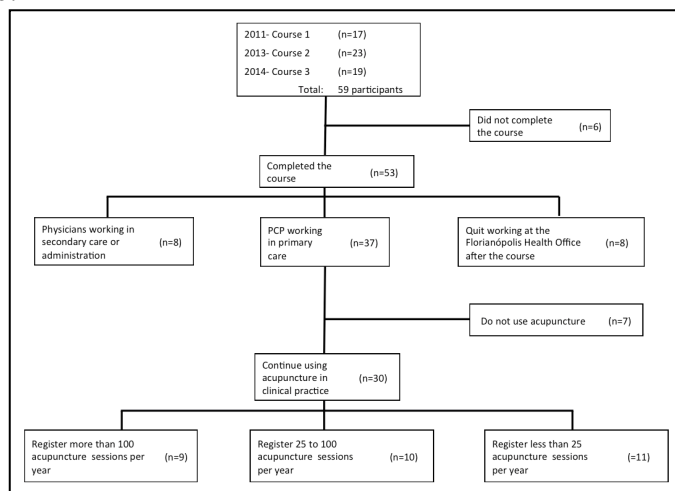
RESULTADOS E PERCEPÇÕES

Entre 2011 e 2014, o curso de introdução à acupuntura para médicos da APS foi realizado em três ocasiões. Durante este período participaram do curso 38 médicos da APS e 21 médicos residentes de medicina da família e comunidade. Dos 59 participantes, 53 completaram o curso (Figura 1). Em particular, três aspectos podem ter influenciado essa alta taxa de conclusão (quase 90%). Em primeiro lugar, a Secretaria de Saúde de Florianópolis permitiu que os médicos participassem do curso durante o seu turno de trabalho; todas as aulas teóricas do curso foram administradas nas tardes de quinta ou sexta-feira. Pode-se aventar a hipótese de que se as aulas tivessem sido ministradas fora do turno de trabalho os médicos teriam um menor grau de comparecimento ou conclusão do curso. Em segundo lugar, o curso era gratuito. Não havia custos diretos para os participantes ou as instituições envolvidos. A oferta de um curso gratuito foi possível graças a uma parceria entre a Secretaria de Saúde de Florianópolis e do Programa de Residência Médica Acupuntura do Hospital Universitário. Em terceiro lugar, a carga horária - 80 horas distribuídas ao longo de de cinco meses - parece ser viável para que a maior parte dos participantes conclua o curso.

Em 2015, os 37 médicos da APS que concluíram o curso ainda estavam trabalhando nas unidades básicas de saúde de Florianópolis. Destes 37 médicos, 30 (81%) continuaram a praticar acupuntura com uma média de 11,35 sessões por mês. Analisando os padrões de registros desses 30 médicos em 2015, observou-se que 30% registraram mais de 100 sessões por ano, 34% registraram entre 25-100 sessões e 36% menos de 25 sessões de acupuntura (Figura 1). É interessante observar que apenas sete participantes não registraram sessões de

acupuntura após o curso. Isto sugere que a maioria dos participantes do curso permanecia motivada o suficiente para continuar usando a acupuntura. Este dado também sugere que o curso de introdução à acupuntura atingiu seu objetivo em auxiliar os médicos da APS a incorporar a acupuntura em sua prática diária. Por outro lado, a prática da acupuntura parece representar apenas uma pequena proporção entre todos procedimentos e consultas realizados na APS por estes médicos. Para ampliar o entendimento sobre o assunto, dois outros estudos estão sendo conduzidos com o objetivo de investigar os aspectos qualitativos e quantitativos de como o curso tem influenciado a prática do MAP.

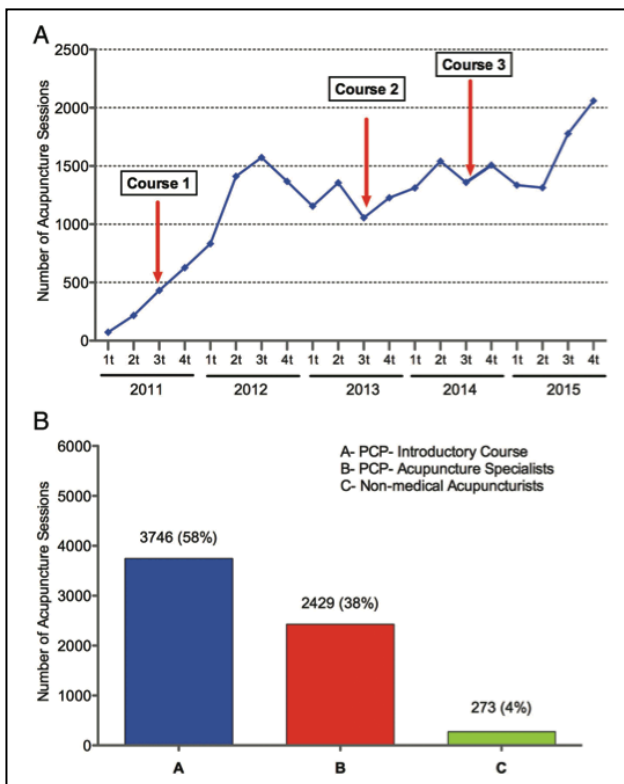
Figura 1. Fluxograma referente às três edições do curso de introdução à acupuntura em 2011, 2013 e 2014. O fluxograma apresenta detalhes sobre do número de médicos que completaram o curso, quantos continuaram atendendo na APS de Florianópolis e o padrão de registro de sessões de acupuntura no ano de 2015.



Realizando o acompanhamento dos registros de uso da acupuntura na APS de Florianópolis durante os últimos cinco anos, observou-se um aumento gradual e progressivo do número de sessões realizadas (Figura 2A). O número de sessões de acupuntura aumentou quase cinco vezes durante este período, partindo de 1349 sessões em 2011 para 6488 em 2015. Este aumento de registro parece correlacionar-se com a expansão do número de médicos da APS que começou a praticar a acupuntura após cada edição do curso. É importante mencionar que não são apenas os participantes deste curso que

registram sessões de acupuntura na atenção primária em Florianópolis. No entanto, é evidente o aumento número de sessões de acupuntura no período que se segue a cada edição do curso de introdução à acupuntura, como demonstrado na Figura 2A. Em 2015, 58% de todas as sessões de acupuntura nos cuidados primários foram registradas pelos 30 médicos que tinham concluído o curso; 38% foram registradas por 11 médicos da APS especialistas de acupuntura e 4% por quatro enfermeiras (Figura 2B). Esses dados auxiliam a inferir a influência das três edições do curso em termos do número total de sessões de acupuntura registradas na atenção primária.

Figura 2. (A) número de sessões de acupuntura registradas por trimestre (t) na APS de Florianópolis entre 2011 e 2015. As setas indicam o período onde foi realizada cada edição do curso de introdução à acupuntura em 2011, 2013 e 2014. (B) Distribuição do número de sessões de acupuntura realizadas na APS de Florianópolis no ano de 2015 por grupo de profissionais. PCP=Médico da APS.



No que diz respeito ao processo de registo de sessões de acupuntura na cidade de Florianópolis, todas as consultas e procedimentos na atenção primária são registradas usando sistema de prontuário eletrônico. Este sistema foi implementado em Florianópolis em 2007 e todos os médicos da rede tem familiaridade com seu uso. Há um código específico para registrar a sessão de acupuntura. Sub-registro pode ocorrer se os profissionais não inserirem o código de acupuntura no sistema depois de terminar a consulta. Contudo, considerando que todos os profissionais são orientados e tem o hábito de inserir no sistema os códigos para todos os procedimentos médicos (incluindo a acupuntura) realizados, o risco de sub-registro é minimizado. Por esta razão, o número de sessões de acupuntura obtidos a partir dos registros eletrônicos parecem ter uma correlação fidedigna ao número real de sessões de acupuntura realizadas na APS de Florianópolis.

Outra observação relevante feita durante e após o curso de acupuntura foi trabalho colaborativo entre médicos da APS e especialistas de acupuntura da atenção secundária e terciária. Durante a parte prática do curso, os participantes acompanham e praticam sob supervisão dos especialistas em acupuntura o tratamento de pacientes com diferentes condições clínicas. A partir disso, os médico da APS criam uma noção de quando iniciar o tratamento dos usuários da APS e para quais problemas e situações eles necessitam encaminhar os pacientes ao especialistas. Esta colaboração mostrou-se útil porque permitiu qualificar o encaminhamento dos usuários, facilitando assim o processo de referência e contra-referência entre os participantes do curso e os especialistas em acupuntura.

O diálogo e troca de experiências entre médicos da APS e especialistas de diferentes áreas médicas é comum e recomendável. Isso pode auxiliar a melhorar a resolubilidade na APS, no sentido de reduzir a necessidade de encaminhamentos e permitir referenciamentos mais precisos. No caso da acupuntura, os médicos que não conhecem minimamente aspectos teóricos e práticos desta terapêutica não conseguem estabelecer este tipo de diálogo com especialistas de acupuntura. Como consequência disso, pode ocorrer privação do potencial benefício da assistência com acupuntura para os pacientes do SUS.

Finalmente, é interessante notar que a introdução de acupuntura na APS de Florianópolis e a melhora da comunicação entre os médicos da atenção primária e especialistas da área criaram um ambiente propício para oferta e integração da acupuntura em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (Tabela 1). Neste contexto, os pacientes

podem ter acesso à acupuntura em: (1) unidades básicas de saúde – ofertada por médicos generalistas que aprenderam acupuntura durante a faculdade de medicina, a partir do curso de introdução à acupuntura ou através dos cursos de especialização; (2) ambulatórios de atenção secundária - ofertada por especialistas em acupuntura que fizeram a formação em acupuntura através de cursos de especialização ou pelo programa de residência médica em acupuntura; e (3) no Hospital Universitário - ofertada por especialistas de acupuntura com formação através da residência médica em acupuntura.

Tabela 1. Resumo das principais características dos tratamentos de acupuntura oferecidos por médicos em diferentes níveis dentro do Sistema Único de Saúde de Florianópolis.

Nível	Unidade de cuidados de saúde	Médico	Tipo de formação (horas)	Atribuições principais	Principais condições tratadas
Atenção Primária à Saúde	Unidades básicas de saúde	Médico da atenção primária	Faculdade de Medicina (20 a 80h)&; Curso introdutório (80h) Curso de especialização (400 a 600 h)	Promoção de saúde; Prevenção de doença; Tratar problemas mais comuns	Dor de cabeça; Dor lombar; Dor no ombro; Osteoartrite do joelho; Dor miofascial; Condições mentais menores.
Atenção Secundária	Ambulatórios	Especialista em acupuntura	Curso de Especialização (400 a 600 h); Programa de residência em acupuntura (5760h).	Tratar pacientes encaminhados da atenção primária	Diversas condições de dor musculoesquelética*; Problemas neurológicos.

Atenção Terciária	Hospital Universitário	Especialista em acupuntura	Programa de residência em acupuntura (5760h)	Tratar pacientes encaminhados da atenção primária e secundária; Tratar pacientes internados e de terapia intensiva	Condições de dor refratárias*, neurológicas, reumatológicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, onco-hematológica e dermatológicas; Dor e vômitos pós-operatório; Vômitos pós-quimioterapia
-------------------	------------------------	----------------------------	--	---	---

CONCLUSÃO

A experiência na cidade de Florianópolis mostra que o ensino acupuntura para médicos da atenção primária é um modelo viável que pode ajudar a introduzir a acupuntura na APS. Durante um período de acompanhamento de cinco anos, notou-se um aumento acentuado no número de sessões de acupuntura registrado na APS, e a maior parte deste aumento foi atribuída aos médicos que participaram do curso de introdução à acupuntura. Esta iniciativa educacional parece ter o potencial para expandir o acesso da população ao tratamento com acupuntura e a aumentar a comunicação entre os médicos generalistas e especialistas em acupuntura.

REFERÊNCIAS

1. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. National health statistics reports 2008(12):1-23.
2. Bishop FL, Barlow F, Coghlan B, et al. Patients as healthcare consumers in the public and private sectors: a qualitative study of acupuncture in the UK. BMC health services research 2011;11:129.

3. Baldry P. The integration of acupuncture within medicine in the UK-- the British Medical Acupuncture Society's 25th anniversary. *Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society* 2005;23(1):2-12.
4. Min LS, Costi JM. Brief presentation of Brazilian medical acupuncture. *Journal of alternative and complementary medicine* 2009;15(5):471-3.
5. Stone JAM. The status of acupuncture and oriental medicine in the United States. *Chinese Journal of Integrative Medicine* 2014;20(4):243-49.
6. Hanssen B, Grimsgaard S, Launso L, et al. Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scandinavian journal of primary health care* 2005;23(1):57-62.
7. Wardle JL, Adams J, Sibbritt DW. Acupuncture in Australian general practice: trends in reimbursed acupuncture services from 1995 to 2011. *Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society* 2013;31(1):45-50.
8. Brazil. National Policy on Integrative and Complementary Practices of the SUS Brasilia: Ministry of Health of Brazil; 2008 [Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic_access_expansion_initiative.pdf].
9. Melo L. [PMAQ e Censo revelam presença as PICs no País]. [Article in Portuguese]. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 2013;14(34):6-8.
10. Florianópolis SMS. [Florianópolis homenageada em congresso de saúde]. [Text in Portuguese] 2015 [Available from: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina¬i=14683>].
11. Santos MC, Tesser CD. [A method for the implementation and promotion of access to comprehensive and complementary primary healthcare practices]. [Article in Portuguese]. *Cien Saúde Colet* 2012;17(11):3011-24.
12. SThiago SC, Tesser CD. Family Health Strategy doctors and nurses' perceptions of complementary therapies. *Rev Saude Publica* 2011;45(2):249-57.
13. Santos MC, Tesser CD, Moré AO, et al. [Implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis com base na co- gestão e educação permanente em saúde]. [Article in Portuguese]. *Revista de Saúde Pública de Florianópolis* 2014;2(3):20-25.

14. Ceccim RB. [Permanent Education in Health: decentralization and dissemination of pedagogical capacity in health]. [Article in Portuguese]. *Cien Saúde Colet* 2005;10(4):975-86.
15. World Health Organization. Guidelines on basic training and safety in acupuncture. 1999.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66007/1/WHO_EDM_TRM_99.1.pdf (accessed Dec 2014).
16. Costi JM, da Silva JB, Min LS, et al. Teaching acupuncture: the Brazilian Medical Residency Programme. *Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society* 2012;30(4):350-3.
17. do Nascimento MC, de Barros NF, Nogueira MI, et al. [The medical rationale category and a new epistemology in health]. *Cien Saude Colet* 2013;18(12):3595-604.

4.3 ARTIGO 2

REPERCUSSÕES DO ENSINO DA ACUPUNTURA NA PRÁTICA DE MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Manuscrito no formato de submissão para periódico Social Science & Medicine (artigo traduzido para língua inglesa)

RESUMO:

A prática da acupuntura em diferentes níveis de atenção dos sistemas de saúde consolidou-se em países ocidentais nas últimas duas décadas. No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares recomenda o uso da acupuntura na atenção básica. Contudo, observa-se que são escassas as iniciativas de ensino desta terapia para os profissionais do SUS. Em Florianópolis, desde 2011, atividades educativas teórico-práticas em acupuntura são ofertadas aos médicos da atenção básica na lógica da educação permanente em saúde. Neste contexto, o objetivo do presente estudo é compreender a experiência de médicos da atenção básica de Florianópolis que participaram de um curso de introdução à acupuntura e suas repercussões na prática destes profissionais. Com o intuito de captar diferentes fases do processo vivenciado, dez médicos participaram de três grupos focais realizados antes do início, no final e oito meses após o curso. Utilizando o referencial da Grounded Theory, a análise dos dados (gravados e transcritos) envolveu a codificação aberta, axial e seletiva e, com auxílio do software Atlas.ti 5.0, os elementos de análise foram organizados em quatro categorias. Os resultados evidenciaram as motivações dos médicos para obtenção de uma nova ferramenta terapêutica, as diferentes formas de aplicação dos conhecimentos adquiridos, as interfaces entre acupuntura e atenção básica e a integração de diferentes racionalidades médicas nos cuidados à saúde. O estudo mostra que a integração da acupuntura na prática de médicos da atenção básica auxilia na ampliação do olhar sobre processo saúde-doença, no aumento os recursos terapêuticos e cria uma postura reflexiva sobre a produção e uso dos saberes biomédicos.

Palavras-chave: acupuntura, atenção primária à saúde, educação médica, terapias complementares, educação permanente

INTRODUÇÃO

A Acupuntura é uma modalidade terapêutica originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que apresenta alto grau de aceitação e uso em diferentes sistemas de saúde dos países ocidentais¹. Grande parte da consolidação da acupuntura junto aos cuidados de saúde usuais deve-se às evidências científicas produzidas nas últimas duas décadas².

Centenas de ensaios clínicos randomizados e controlados demonstraram que a acupuntura é um tratamento seguro e que apresenta eficácia semelhante ou superior ao tratamento convencional para diversos problemas de saúde, principalmente para condições relacionadas à dor crônica³⁻⁶. Adicionalmente, estudos clínicos pragmáticos evidenciaram o potencial da acupuntura em ampliar a efetividade dos tratamentos biomédicos usuais, além demonstrar a sua custo-efetividade^{4, 5, 7}.

A partir deste acúmulo de evidências, somado a satisfação de usuários e profissionais que utilizam a técnica, a acupuntura entrou no rol de procedimentos cobertos pelos sistemas de saúde suplementar e foi introduzido em sistemas universais públicos de saúde, entre eles o NHS (sistema de saúde da Inglaterra) e o Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS)^{8, 9}.

A acupuntura é utilizada no SUS desde sua criação em 1988 e teve um incentivo de ampliação em 2006 com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)⁹. Estima-se que, dez anos após a sua publicação, a PNPIC resultou: (1) na ampliação da oferta de práticas integrativas e complementares (PICs) à população, registrada através de dados do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)¹⁰; (2) no aumento da produção científica em acupuntura no Brasil a partir de 2006, demonstrado em dados bibliométricos².

A PNPIC tem como um de seus objetivos a ampliação do olhar sobre processo de saúde-doença e o provimento de novos recursos terapêuticos que aumentem a resolubilidade no SUS⁹. Entre suas diretrizes, propõe que as PICs sejam implantadas no SUS com ênfase na atenção básica e recomenda que a inserção da MTC/Acupuntura e outras PICs na rede de saúde ocorram através de iniciativas de educação permanente em saúde.

Além de sua interface com a Política Nacional de Educação Permanente¹¹, as PICs também auxiliam a fortalecer a Política Nacional de Humanização¹², através do seu fomento à prática da clínica ampliada, que visa superar limites encontrados no modelo biomédico através de novas formas de pensar a atuação clínica e a organização dos serviços de saúde^{9, 13}. Cunha (2005) propõe que a MTC/Acupuntura e a homeopatia podem ser recursos importantes na construção da clínica ampliada na atenção básica.

O contato dos profissionais de saúde com outras racionalidades médicas propicia a criação de uma visão crítica sobre as vantagens e desvantagens do modelo biomédico^{13, 14}. Esta visão e as abordagens de outras PICs podem servir como ferramentas para o cuidado de indivíduos cujos sintomas não se enquadram no modelo biomédico, conhecidos como sintomas médicos inexplicáveis¹⁵⁻¹⁷. A MTC/Acupuntura, como alternativa de cuidados a estes indivíduos, pode também contribuir no manejo (por vezes na prevenção) do processo de excessiva biomedicalização social¹⁸, hoje em vigor, e reduzir a exposição de pessoas a intervenções biomédicas desnecessárias, muitas vezes lesivas^{17, 19-21}.

Apesar do reconhecimento da acupuntura como importante recurso terapêutico para o aumento da resolubilidade e forma de fortalecimento da clínica ampliada na atenção básica, ainda são poucas as escolas médicas brasileiras que inserem a acupuntura no seu currículo de ensino^{22, 23}. Com exceção da residência médica em acupuntura (presente em dez instituições de ensino no país), a maior parte das formações em acupuntura no Brasil são realizadas por instituições privadas, as quais não estão contextualizadas na lógica de trabalho do SUS²⁴ e em especial da atenção básica. O resultado disso é uma lacuna no campo do ensino da acupuntura para o profissional que atua na atenção básica e a dificuldade de acesso a ela^{25, 26}.

Autores brasileiros e internacionais realizaram estudos visando entender como os médicos usam acupuntura na sua prática ao tornarem-se especialistas²⁷⁻³⁴, mas não sobre o seu uso por médicos generalistas. A partir destes estudos verificou-se que, ao tornarem-se especialistas em acupuntura, os médicos tendem a adotar algumas posturas, entre elas: (1) híbrida ou eclética - compartilhamento de condutas em acupuntura tanto na lógica da MTC quanto na biomédica^{27, 28}; (2) convertida - troca da prática biomédica pela da MTC²⁷ e; (3) cientificista ocidental – justificação do uso da acupuntura exclusivamente pela ciência conforme a ‘racionalidade médica’ biomédica^{30, 34}.

‘Racionalidade médica’ é uma categoria analítica criada para estudar e comparar sistemas médicos complexos e que propõe que diferentes desses sistemas coexistem nas sociedades contemporâneas (por exemplo, biomedicina, MTC, homeopatia, medicina ayurvédica, medicina antroposófica. Tais sistemas podem ser comparados entre si sem assumir que apenas um delas é "verdadeiro" ou “eficaz”, utilizando-se um conjunto estruturado de seis dimensões para seu escrutínio (cuja presença, elaboração e coerência permitem reconhecer uma racionalidade médica própria neles), a saber: (1) doutrina médica; (2) morfologia (ou anatomia, na biomedicina); (3) dinâmica vital (ou fisiologia, na biomedicina); (4) sistema de diagnóstico; (5) sistema terapêutico; e (6) cosmologia - uma visão particular ou compreensão do mundo que subjaz a todas as outras dimensões³⁵.

A compreensão dos fenômenos de aprendizagem e prática da acupuntura também pode ser ensaiada a partir das ideias de Polanyi³⁶. De acordo com este autor, há dois principais aspectos do conhecimento, o explícito e o tácito (o intelectual e o prático), que podem ser descritos como o “saber que” (knowing that) e o “saber como” (knowing how)³⁶.³⁷ Ambos tem estrutura similar e um nunca está presente sem o outro. Esta estrutura é encontrada na formulação do diagnóstico clínico e na tomada de conduta terapêutica, que exigem atitude intelectual de observação que precisa ser integrada à habilidade prática de teste e execução³⁷.

Considerando que são escassas as iniciativas de ensino de MTC/Acupuntura na atenção básica e que poucas pesquisas avaliaram a incorporação da acupuntura neste contexto, o presente estudo teve o objetivo compreender a experiência de médicos da atenção básica que participaram de uma atividade educativa em acupuntura e suas repercussões na prática clínica destes profissionais.

MÉTODO

Este é um estudo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa. A técnica de grupos focais e o referencial da Grounded Theory foram os norteadores teórico-metodológicos desta pesquisa^{38, 39}. Esta abordagem foi selecionada com o intuito de buscar uma aproximação compreensiva da experiência de participação de um grupo de médicos em uma atividade educativa em acupuntura. O caráter indutivo desta abordagem metodológica propicia a emergência de explanações teóricas do fenômeno estudado por meio da interação recíproca entre a coleta dados, análise e teoria³⁹.

O estudo foi realizado no município de Florianópolis o qual, a partir de 2010, iniciou um processo sistemático de implantação das PICs na rede de atenção básica utilizando-se a estratégia da educação permanente em saúde^{25, 40, 41}. Esta estratégia visa a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população⁴². A partir deste contexto, desenvolveu-se um curso de introdução à acupuntura para médicos da atenção básica²⁵.

O curso decorreu de parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Teve um total 80 horas de duração sendo 40 horas teóricas (8 aulas de 5 horas) e 40 horas de práticas supervisionadas (10 períodos de 4 horas em ambulatórios de acupuntura, alguns em serviços de atenção básica. Até chegar ao seu programa final, o conteúdo e formato do curso passaram por uma série de debates que envolveram diretamente pessoas relacionadas às áreas de gestão, ensino de acupuntura e serviços de saúde^{25, 40, 41}, e indiretamente relatos de experiências de usuários da atenção básica de Florianópolis⁴³. Esta iniciativa permitiu uma aproximação e contextualização do curso e seus conteúdos conforme a realidade local dos serviços de atenção básica municipais, considerando as necessidades de profissionais e usuários⁴⁴. Durante o curso foram abordados os ‘conceitos’ e práticas relacionados à acupuntura conforme as visões das racionalidades médicas da MTC e da biomedicina.

Os sujeitos desta pesquisa foram 10 médicos da atenção básica que participaram da terceira edição do curso de introdução à acupuntura, realizado entre setembro de 2014 e janeiro de 2015. Esta terceira edição contou com 22 participantes (12 médicos da atenção básica, 6 residentes de medicina de família, 1 médica hematologista, 3 estudantes de medicina). Os doze médicos da atenção básica foram convidados a participarem voluntariamente da pesquisa e, entre estes, dez aceitaram o convite de participação.

Para coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal. Esta técnica propicia o entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço^{38, 45}. É uma forma de entrevista e debate em grupo que visa explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre um tema em questão. Com o objetivo de registrar todo o processo de ensino-aprendizagem dos participantes optou-se por realizar três grupos focais

em diferentes momentos: (1) antes do início do curso - nas duas primeiras horas do início da primeira aula teórica, (2) no final do curso - nas duas primeiras horas da última aula prática do curso e (3) oito meses após o término do curso. Nem todos os 10 médicos puderam participar dos três grupos focais assim, para melhor descrição deste aspecto, as frequências de participação nos grupos focais bem como características sócio-demográfica destes profissionais (numerados de P1 a P10) estão descritas no Quadro 1.

O moderador dos grupos focais foi o pesquisador principal deste estudo (AOM), que teve participações no curso, tanto na elaboração do conteúdo do curso, quanto ao ministrar aulas na etapa teórica e prática, tendo tido anteriormente prática como médico da atenção básica. Os grupos focais também contaram com a participação de uma observadora externa (SK) que não teve qualquer envolvimento com curso. Tanto o moderador (que possuía experiência de pesquisa na área da medicina), quanto a observadora (que apresentava experiência de pesquisa na área de psicologia) fizeram registros em diários de campo que complementaram a interpretação dos dados. Todos os grupos focais foram gravados em áudio e vídeo, sendo os áudios posteriormente transcritos e os vídeos utilizados para registros de comunicação não verbal.

Como instrumento de orientação dos debates utilizaram-se três roteiros semiestruturados, um para cada grupo focal. Nestes roteiros havia perguntas abertas e um caso clínico (o mesmo caso foi discutido no primeiro e segundo grupos), os quais foram elaborados com base nos objetivos da pesquisa. Os diferentes tópicos de discussão contemplavam: expectativas sobre o curso e conhecimentos prévios sobre MTC/Acupuntura, experiência de participação no curso, formas de integração e utilização dos conhecimentos abordados. Cabe ressaltar que todos os roteiros foram previamente testados na edição anterior (2013) do curso de introdução à acupuntura nos mesmos três momentos de aplicação.

Os dados foram analisados com base na Grounded Theory³⁹. Por meio da codificação aberta, axial e seletiva, buscou-se integrar os dados de maneira a emergir uma explanação teórica correspondente aos processos envolvidos no fenômeno em estudo⁴⁶. O processo de codificação envolveu sucessivas leituras do material transcrito, a partir das quais foram delineados um conjunto de elementos de análise. Em seguida realizaram-se comparações de aspectos semelhantes e diferenciais entre todos os elementos, o que permitiu a construção das subcategorias e categorias.

O processo de codificação foi realizado através do software Atlas-ti 5.0. Este programa, amplamente utilizado em pesquisa qualitativa, auxilia no estabelecimento de conexões e organização de grande quantidade de informações⁴⁷. Para assegurar a confiabilidade e consistência metodológica do trabalho, a análise dos dados de transcrição dos áudios foram comparadas com as interpretações das informações de diário de campo e registros de comunicação não verbal observados nos vídeos dos grupos focais⁴⁸. Esta triangulação, permitiu aos pesquisadores, após e sucessivas rodadas de discussão, a organização de um quadro de categorias que permitiu uma compreensão da experiência de participação dos médicos no curso (Quadro 2) e uma aproximação das suas repercussões na sua prática.

A pesquisa cumpriu os princípios éticos da Declaração de Helsinki e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer número 358.044, de 12/08/2013).

Quadro 1- Caracterização sócio-demográfica, perfil profissional e participação nos grupos focais dos profissionais envolvidos no estudo.

Identificação do médico*	Idade (anos)	Sexo	Tempo de atuação profissional (anos)	Pós-Graduação	Grupo focal que participou #
P1	40	F	15	Med. Fam. e Comunidade Endocrinologia	g1 g2 g3
P2	37	M	13	Med. Fam. e Comunidade	g1 g2 g3
P3	54	M	26	Med. Geral Comunitária Homeopatia Mestrado e Doutorado	g1 g2
P4	36	M	12	Med. Fam. e Comunidade Mestrado	g1 g2 g3
P5	41	M	16	Med. Fam. e Comunidade	g1 g2 g3
P6	53	F	27	Med. Preventiva e Social Mestrado e Doutorado	g2
P7	29	F	5	Med. Fam. e Comunidade	g2
P8	28	F	2	Não	g2 g3
P9	35	F	10	Med. Fam. e Comunidade Geriatria	g2
P10	45	M	20	Med. Fam. e Comunidade	g2 g3

* P- participante; # g1- grupo focal 1, g2-grupo focal 2, g3-grupo focal 3 Na descrição dos resultados, as falas dos participantes estão identificadas através de representação alfanumérica (P1 a P10), seguido do respectivo grupo focal na qual a fala foi registrada (g1 a g3)

Quadro 2- Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise.

Categorias	Subcategorias	Elementos de Análise
<p>CATEGORIA 1</p> <p>Conceitos prévios e expectativas sobre a participação no curso de introdução à acupuntura</p>	<p>1.1 Motivações para participação no curso</p>	1.1.1 Ferramenta adicional à prática clínica
		1.1.2 Fortalecer vínculo com pacientes
		1.1.3 Ideia sobre bons resultados da acupuntura
	<p>1.2 Experiências prévias com práticas integrativas</p>	1.2.1 Experiência positiva como paciente
		1.2.2 Experiência negativa como paciente
		1.2.3 Experiência profissional prévia e interesse em práticas integrativas
	<p>1.3 Entendimento sobre acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa</p>	1.3.1 Concepções sobre uso da acupuntura
		1.3.2 Concepções sobre o modelo da MTC
		1.3.3 Concepções sobre ciência e modelos explicativos
	<p>CATEGORIA 2</p> <p>A Experiência de participação no curso</p>	<p>2.1 Aspectos facilitadores do curso</p>
2.1.2 Didática e postura dos professores		
2.1.3 Utilidade prática		
2.1.4 Diálogo entre as racionalidades		
<p>2.2 Dificuldades relacionadas ao curso</p>		2.2.1 Conteúdos complexos
		2.2.2 Dificuldade para localizar os pontos
<p>2.3 Percepções constatadas pelos participantes após participação no</p>		2.3.1 Uso de princípios básicos da MTC
		2.3.2 Habilidade de chegar a uma prescrição de pontos de acupuntura

	curso	2.3.3 Conhecimentos biomédicos não vistos na faculdade
		2.3.4 Aplicação prática dos conhecimentos adquiridos
CATEGORIA 3 Práticas na atenção básica e sua interface com a acupuntura	3.1 Características do trabalho na atenção básica	3.1.1 Trabalho multidisciplinar
		3.1.2 Vínculo e longitudinalidade
		3.1.3 Contexto cultural medicalizante
		3.1.4 Estrutura e Tempo
		3.1.5 Relação entre sistemas de saúde público e privado
		3.1.6 Sistemas de atendimento
	3.2 Acupuntura como recurso de trabalho no contexto atenção básica	3.2.1 Diferentes formas de utilização
		3.2.2 Dificuldades para uso
		3.2.3 Matriciamento em acupuntura
	3.3 Acupuntura como auxílio na prática clínica na atenção básica	3.3.1 Tratamento de pacientes com dores musculoesqueléticas e problemas emocionais
		3.4.2 Aumento na resolubilidade
		3.4.3 Recurso na abordagem de sintomas médicos inexplicáveis e de difícil manejo
CATEGORIA 4 Contribuições da introdução à	4.1 Reconhecimento e integração de diferentes	4.1.1 Raciocínio clínico utilizando diferentes racionalidades médicas
		4.2.2 Ampliação do olhar integrativo do médico de família

acupuntura na compreensão do processo saúde-doença	racionalidades médicas na abordagem de problemas de saúde	4.2.3 Valorização do conhecimento popular e tradicional
		4.2.4 Explicações diferentes para um mesmo fenômeno
	4.2 Ressignificação de práticas da racionalidade biomédica	4.2.1 Visão sistêmica e funcional sobre o processo saúde-doença
		4.2.2 Revisitar o modelo biomédico de diferentes formas
		4.2.3 Novas percepções sobre a prática da medicina
	4.3 Contextualização do curso à conjuntura às práticas e processos de trabalhos na atenção básica	4.3.1 Integração entre teoria e prática
4.3.2 Prática com forma de aprendizado		

RESULTADOS

Conceitos prévios e expectativas sobre a participação no curso de introdução à acupuntura (Categoria 1)

Os dados obtidos no grupo focal realizado antes do início do curso refletem as opiniões e concepções dos médicos da atenção básica sobre acupuntura e medicina tradicional chinesa; além de suas expectativas e motivações para participação no curso.

Quanto às **motivações para participação no curso**, foi destacado entre os participantes do grupo que a acupuntura poderia ser *uma ferramenta adicional à prática clínica*: “A acupuntura vai ser mais uma ferramenta pra ajudar ... em um paciente que agente sabe que a alopatia não acrescenta muita coisa ... acredito que a acupuntura pode acrescentar muito” (P2-g1).

É interessante observar que a busca dos participantes era em direção a uma ferramenta complementar aos recursos usados na prática

da atenção básica. Nesse sentido, eles não se propõem se tornar acupunturistas, mas médicos da atenção básica que incorporam a acupuntura como parte dos seus recursos terapêuticos: “Eu nunca me vi como acupunturista, mas acho que acupuntura poderia servir como uma ferramenta legal para ajudar na minha prática clínica” (P4-g1).

Outra motivação levantada pelos participantes do grupo foi a possibilidade da acupuntura auxiliar a *fortalecer o vínculo com pacientes*: “... eu como terapeuta entendo que não é só aquela queixa que é o problema principal ... tem outras coisas junto ... e eu quero criar um vínculo de confiança com o paciente. Para mim, a acupuntura pode ser um instrumento para isso.” (P3-g1)

A *ideia sobre bons resultados da acupuntura* foi também motivação dos médicos para participar do curso: “Conversando com colegas, vendo trabalhos em que se utiliza a acupuntura tá dando pra ver bons resultados, estou estimulado a aprender, estudar e aplicar.” (P5-g1)

Ao referirem-se sobre **experiências prévias com práticas integrativas**, todos os participantes do primeiro grupo focal relataram ter recebido tratamento com acupuntura. Emergiram nos relatos do grupo tanto *experiências positivas*: “Eu já tive a oportunidade de ter sido beneficiada pelo tratamento com acupuntura, mas nunca tive oportunidade de aprofundar conhecimento para poder discutir ou argumentar alguma coisa. Tô ansiosa por conhecimento.” (P1-g1); como *experiências negativas*: “As primeiras vezes que eu me tratei com acupuntura foi um desastre. A primeira vez foi um desastre mesmo ... eu saí pior. Mas as outras mais recentes que eu fiz foram melhores. Eu acho que teve muito mais a ver com a qualidade do atendimento.” (P3-g1)

Entre os seis médicos que participaram do primeiro grupo focal, três tiveram experiência positivas com acupuntura e três experiências negativas. Apesar do contraste de experiências, o fato de ter sido submetido ao procedimento foi descrito como um dos fatores que despertou a curiosidade dos participantes em aprender mais sobre acupuntura. Além das experiências como pacientes, os médicos relataram ter *experiências profissionais prévias com práticas integrativas*. Um dos participantes do grupo tinha formação em homeopatia e todos tiveram algum contato prévio com o uso de plantas medicinais. Nenhum dos médicos havia feito formação prévia em acupuntura ou medicina chinesa.

Em relação ao entendimento sobre acupuntura e MTC, no debate referente às *concepções sobre o uso da acupuntura*, verificou-se que os participantes relataram conhecer a acupuntura como sendo um recurso

terapêutico para o tratamento da dor: “Entre as aplicações que eu vejo da acupuntura e que eu indico mais ... é mais por quadros de dor mesmo, do que por outros quadros ... que por desconhecimento meu ... ou por ignorância mesmo, eu não sei nem indicar ou como se usa ou para que vai ser feito.” (P5-g1)

Já em relação às *concepções sobre a Medicina Tradicional Chinesa* houve dois tipos de apreciações entre os participantes do curso. Uma sobre uma visão da construção de uma medicina na lógica de um contexto cultural e outra sobre uma visão energética do corpo: “Pelo que eu entendo, os órgãos da medicina chinesa não são os órgãos da medicina ocidental ... Eu acho que vai ser legal estudar isso (MTC) ... eu gosto muito da visão antropológica ... para tu tentar entender o que a medicina chinesa traz, tu tens que se despir totalmente do que agente sabe para tu ver lógica naquilo”(P4-g1) “O que eu entendo por acupuntura é que toda vez que agente tem algum desequilíbrio orgânico ou emocional, isso mexe com nosso equilíbrio energético. Isso pode provocar bloqueios ou excessos de fluxo de energia. E isso pode fazer mal tanto por excesso quanto por deficiência. O que acupuntura tende a fazer é reequilibrar todos os meridianos e todo fluxo de energia que existe para tentar ... reequilibrar os fluxos e energia. Essencialmente isso.” (P2-g1)

A discussão das noções ou ‘conceitos’ da medicina tradicional chinesa e acupuntura levou a um debate entre os participantes sobre a *concepção de ciência e modelos explicativos*: “para mim não importa muito a lógica. Na verdade eu imagino que ciência funciona um pouco assim, quando uma coisa funciona a gente vai atrás de uma explicação porque ela funciona. Embora ensinam para a gente ao contrário na faculdade.” (P4-g1)

Os participantes mostram-se abertos ao fato de existirem outros modelos explicativos para o processo saúde-doença, alternativos ao modelo biomédico. Este fato também foi descrito como um fator de motivação para os médicos do grupo optarem pela participação no curso.

A experiência de participação no curso (Categoria 2)

A experiência de participação no curso foi relatada pelos médicos da atenção básica no grupo focal após o encerramento do curso. Os dados aqui reunidos descrevem o relato destes médicos sobre aspectos facilitadores, dificultadores e desafios relacionados ao curso, além de percepções dos mesmos a esse respeito.

Foram ressaltados como **aspectos facilitadores do curso** os *materiais didáticos e conteúdos ofertados*, assim como a *didática e postura dos professores*, conforme ilustram os relatos a seguir: “Eu achei foi extremamente organizado as comunicações de email. A gente recebia a aula (slides e conteúdo de leitura complementar) direitinho ... foi super bom, facilitava bastante o estudo.” (P7-g2). “A maneira de passar (o conteúdo) também. E esse foco no didático-pedagógico ... de uma maneira fácil de compreender e utilizar no prático.” (P2-g3).

Outros dois aspectos auxiliares foram a *utilidade prática* e o *diálogo entre as racionalidades médicas*. O primeiro refere-se a aplicação prática dos conteúdos do curso a situações comuns vistas na atenção básica, incluindo demonstrações práticas durante o módulo teórico do curso. O segundo aspecto diz respeito a proposta do curso de estimular os participantes a abordar situações clínicas utilizando elementos da categoria racionalidade médica. Em diferentes momentos do curso foi estimulado o debate entre estes elementos, em termos de suas aproximações e distanciamentos, segundo a racionalidade da MTC e biomédica. No segundo grupo focal este diálogo entre as racionalidades foi ressaltado pelos participantes como um aspecto positivo do curso, como exemplificado na seguinte fala: “... fluiu legal a coisa do equilíbrio entre trazer alguns princípios de MTC e ao mesmo tempo tu trazer questões de agulhamento (na racionalidade biomédica) pro médico formado da medicina ocidental experimentar.” (P4-g2)

Algumas **dificuldades relacionadas ao curso** foram levantadas pelos médicos da atenção básica. Entre elas destacaram-se questões pertinentes a *complexidade de alguns conteúdos* e a *dificuldade de localizar alguns pontos de acupuntura*. Dentre os conteúdos abordados, os participantes consideraram difíceis os aspectos relacionados aos termos utilizados na MTC para descrever os processos fisiopatológicos: “O raciocínio clínico da medicina tradicional chinesa ... o que é fleuma, o que é umidade, isso aqui é o calor interno, a invasão, o excesso, a deficiência e tal ... isso foi o mais difícil.” (P2-g2)

Apesar dos participantes descreverem como difíceis e complexos os temas relacionados à MTC, isso não foi considerado um impedimento para utilização da acupuntura na prática clínica: “Eu sabia que (MTC) era uma coisa muito complexa. Agora, só confirmou. Então, eu, talvez, tive uma coisa de não me estressar tanto, “não serei acupunturista. Eu quero aprender algumas coisas práticas para ajudar algumas pessoas”. Então, eu não me estressei muito para saber tudo sobre. Me senti tranquilo com o curso para começar a agulhar.” (P4-g2)

Em relação a dificuldade em localizar pontos de acupuntura, a necessidade do conhecimento de anatomia (ex. tendões do flexor radial do carpo e palmar longo ou cabeça da fibula) para identificar alguns dos pontos foi descrita como um fator dificultador. Os médicos da atenção básica relataram que parte desta dificuldade ocorreu por estarem há bastante tempo sem revisar anatomia de superfície.

Segundo os registros do segundo grupo focal, todos os participantes ao final do curso já estavam realizando aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no seu contexto de trabalho na atenção básica, como descrito nas falas: “A gente tá conseguindo fazer na prática ... sentir o resultado assim ... o que é o principal né.”(P5-g2). “... eu tinha muito medo de sair botando agulha nas pessoas, assim. não sabia né ... então da maneira como foi feito assim bem prático e básico nos dá um início assim, um “start”, pra gente a partir daqui poder cada um seguir pra onde queira mais, pra onde vá usar mais essa prática ...” (P10-g2)

Embora todos os participantes expressassem o uso prático da acupuntura após o curso, observou-se diferença nos relatos da quantidade de atendimentos com acupuntura na atenção básica. Enquanto três médicos do grupo já se sentiam à vontade para usar diariamente a acupuntura em diversas situações clínicas, os demais iniciaram selecionando alguns poucos casos para ampliar a familiarização com a técnica e complementar o estudo de aspectos conceituais.

O uso de *princípios básicos da MTC na prática clínica* foi uma das **percepções constatadas pelos participantes após a participação no curso**, como ilustra seguinte fala: “... com o pouco da medicina chinesa que foi trazido ... eu acho que já foi bastante. Adoraria conhecer mais, porque se com esse pouco eu já tô fazendo tanta coisa ... com um pouquinho mais eu vou fazer muito mais.” (P2-g2)

Os médicos da atenção básica relataram não se sentirem aptos a fazer um diagnóstico completo usando a racionalidade da medicina chinesa e que necessitariam de mais tempo de estudo para sedimentar os temas da MTC. Por outro lado, em discussão de caso clínico simulado realizada durante o segundo grupo focal, os participantes demonstraram *habilidade de chegar a uma prescrição de pontos de acupuntura* seguindo os princípios de Yin Yang, cinco movimentos, teoria de órgãos e trajeto de meridianos.

Além do uso dos princípios da MTC, os médicos participantes ressaltaram que o curso trouxe *conhecimentos biomédicos não vistos na faculdade*, principalmente no que se refere ao manejo da síndrome

dolorosa miofascial: "...o que eu vejo de impressionante é que além do agulhamento (na lógica da medicina chinesa), teve questão dos pontos-gatilho (síndrome dolorosa miofascial), assim isso também é uma novidade ... eu acho até que trouxe conhecimentos que a gente não aprendeu em faculdade e nem sabia que existia.” (P9-g2)

Prática na atenção básica e sua interface com a acupuntura (Categoria 3)

As discussões dos segundos e terceiros grupos focais congregaram dados referentes ao processo de trabalho na atenção básica e aspectos relacionados à prática da acupuntura quando inserida neste contexto.

Em relação as **características do trabalho na atenção básica** destacou-se a discussão sobre os desafios enfrentados no trabalho da atenção básica, entre estes os participantes ressaltaram três aspectos: (1) o *contexto cultural medicalizante* - muitos pacientes ancoram-se na constante necessidade de fazer exames laboratoriais e de imagem, além de consultarem com diversos especialistas para certificarem-se sobre suas condições de saúde; (2) *estrutura das equipes e tempo disponível* – relacionados a grande quantidade de famílias por equipe e pouco tempo para atender todas as demandas; (3) *relação entre os sistemas público e privado de saúde* - neste caso levantaram-se exemplos de pacientes que utilizam primariamente o sistema privado (ou de saúde suplementar) e vem à unidade de saúde exigindo a troca de receitas médicas e solicitação de exames de alto custo, mesmo que os médicos da atenção básica não observem uma real necessidade de tais intervenções.

Além dos desafios, os participantes descreveram diversos aspectos positivos do processo de trabalho na atenção básica. Entre eles, maior ênfase foi dada ao *trabalho em equipe multidisciplinar* e à possibilidade de manter vínculo e *longitudinalidade* com os pacientes: “Legal é o trabalho em equipe. Hoje, tem a residência multidisciplinar. É bem legal trabalhar com educador físico, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social ..., se aprende bastante também com as outras profissões ... a gente está caminhando nisso, para trabalhar junto.” “Agora, com 6 anos (trabalhando na mesma comunidade) já tem aquela coisa, “consulta contigo, confio em você, tenho vínculo” ... então, isso é a parte mais gratificante.” (P5-g3). Estes dois aspectos foram descritos como motivadores para sua continuidade do trabalho na atenção básica, os quais também auxiliam a superar os desafios relacionados a este contexto.

Nos grupos focais os participantes descreveram **a acupuntura como um recurso de trabalho no contexto da atenção básica**. Entre

as *diferentes formas de utilização* da acupuntura, foram citados três principais pelas quais os médicos vinham praticando: (1) uso em atendimentos individuais agendados: neste caso alguns médicos separavam um período por semana para agendar pacientes que estavam em tratamento com acupuntura; (2) uso no acolhimento e em urgências, principalmente em pacientes com queixas de dores agudas ou crônicas com reagudização: os participantes relataram usar a acupuntura como recurso terapêutico para alívio sintomático no momento do acolhimento; (3) uso em atendimentos coletivos: alguns médicos criaram grupos terapêuticos para prática coletiva de acupuntura. Nestes casos, pacientes com problemas semelhantes (ex.: dor crônica, síndromes dolorosas do ombro, osteoartrose de joelho) eram agendados para o mesmo horário e a acupuntura era realizada em um espaço de práticas coletivas (como o auditório do centro de saúde) e frequentemente outras práticas integrativas eram associadas ao grupo de acupuntura, como auriculoterapia e fitoterapia.

Na discussão sobre acupuntura no processo de trabalho na atenção básica também emergiram relatos de *dificuldades para o uso da acupuntura*. A falta de espaço físico nos centros de saúde para prática de acupuntura e o excesso de demanda de atendimentos foram descritos como as principais dificuldades.

Como sugestão dos participantes para fortalecer o uso da acupuntura na atenção básica surgiu a proposta de que se criasse uma forma de *matriciamento em acupuntura*. Nesta proposta, os médicos sugeriram a elaboração de um sistema de apoio matricial no qual especialistas em acupuntura pudessem ir até às unidades de saúde para discutir casos selecionados, auxiliar em possíveis dúvidas e consolidar conhecimentos abordados durante o curso: “acrescentaria muito se nos tivéssemos um matriciamento de acupuntura na unidade de saúde seja uma vez por mês ou a cada 2 semanas”(P2-g2).

Foi levantado entre os participantes algumas situações onde a acupuntura tornou-se uma **ferramenta auxiliar na prática clínica da atenção básica**, entre elas destacaram-se o *tratamento de pacientes com dores musculoesqueléticas e problemas emocionais*. As principais demandas para tratamento com acupuntura relatadas pelos médicos eram relacionadas a problemas no ombro, coluna lombar, coluna cervical e joelho. Entre os problemas emocionais os participantes relataram que acupuntura auxiliou no tratamento de pacientes que tinham queixas associadas a ansiedade e sintomas depressivos leves.

A ampliação dos recursos terapêuticos para o manejo das condições acima citadas foi percebida e expressa pelos profissionais

com o *aumento da resolubilidade* da sua prática clínica. Esta foi descrita através da redução da necessidade de encaminhamentos para atenção secundária e solicitação de exames, principalmente de casos ortopédicos. Além disso, foi citado que o aumento da resolubilidade por meio da acupuntura também refletiu-se em um melhor manejo de casos cujo tratamento farmacológico não se mostrava efetivo. “Depois que eu comecei a incorporar a acupuntura no meu dia-a-dia, vi cada vez mais a menor necessidade de encaminhar para alguém. Comecei a ser muito mais resolutivo em outras áreas que, até então, não conseguia ser. Isso eu achei bem bacana.”(P2-g3)

Os participantes também descreveram o uso da acupuntura como um *recurso na abordagem de pacientes com sintomas médicos inexplicáveis e de difícil manejo*. Nesse sentido, observou-se nos relatos dos médicos que eram fatores geradores de estresse na prática da atenção básica: (1) a falta de um recurso que ajudasse a lidar com sintomas subjetivos que não se enquadram em uma doença nos moles do modelo biomédico; e (2) o esgotamento dos recursos disponíveis no cuidado do usuário. Desta forma, apontaram que a prática da acupuntura trouxe uma nova opção terapêutica para o manejo destes problemas, como descrito a seguir:

“E agora com a acupuntura tu realmente tem uma possibilidade de lidar com isso [sintomas médicos inexplicáveis] de uma maneira mais leve e menos agressiva também pro próprio paciente né ... porque não tem que ficar tomando remédio né ... e a parte cognitiva também se elabora de uma maneira bem mais fácil ... isso desperta uma relação diferente entre o paciente e o médico também ... muitos [pacientes] ficam extremamente gratificados né.” (P10-g2).

“E uma das coisas que eu tinha muita dificuldade é de lidar com um paciente que parece que te esgotou assim, você já fez tudo e ele já toma remédio super altas doses, já fez a fisioterapia ou que tá com aquela depressão que não melhora. Aquele paciente que você não sabe mais o que fazer, isso me frustra ... a gente encaminha mas o paciente é nosso né ... ele sempre é nosso, então acaba que volta pra gente e mesmo que você encaminhe pro ortopedista ele volta com a dor, então acho que a acupuntura também me ajudou também a lidar um pouco com essa angústia ... de você ter mais um recurso aí.” (P7-g2).

Contribuições da introdução à acupuntura na compreensão do processo saúde-doença (Categoria 4)

Os participantes discutiram sobre seu entendimento do processo saúde-doença, o reconhecimento e integração de diferentes

racionalidades médicas, além da ressignificação de práticas e as formas de incorporação de novos conhecimentos, a partir do curso e da acupuntura.

A noção de **racionalidades médicas** foi foco de discussão entre os participantes no segundo, e principalmente, no terceiro grupo focal. Os profissionais descreveram a capacidade de elaboração de um *raciocínio clínico utilizando diferentes racionalidades médicas* como uma das contribuições mais importantes do curso. Ao serem apresentados às racionalidades da MTC e da Biomedicina através do estudo da acupuntura, os participantes relataram que puderam compreender formas de enxergar e abordar um mesmo fenômeno a partir de diferentes pontos de vista: “Essa discussão que o curso traz das racionalidades foi muito legal ... porque abre a possibilidade de conseguir concatenar as coisas. A medicina chinesa com a biomédica e a acupuntura ... traz uma compreensão mais ampla das coisas...” (P10-g3). “Depende da maneira como você encara ... se eu olho para a acupuntura com a visão da medicina tradicional chinesa, onde eu vou fazer um diagnóstico sindrômico, usando a teoria do Yin-Yang, meridianos, é uma coisa. Se olha entendendo que quando insiro uma agulha, estímulo uma substância que será ligada a outra, isso vai subir um trato, estimular o córtex e produzir um neurotransmissor é outra. Depende como você olha, interpreta e o que conhece daquilo, o significado que você dá.” (P2-g3).

Outras contribuições da abordagem das racionalidades médicas no contexto do curso foram exemplificadas através da *ampliação do olhar do médico de família e da valorização do conhecimento popular e tradicional*: “A medicina de família trabalha muito com isso (ampliar o olhar sobre as pessoas). Tentamos fazer as orientações ... e a acupuntura potencializa esse mecanismo cognitivo, a medicina chinesa também. E traz o médico para o lado do paciente. Isso também é muito importante. Não estou falando da acupuntura em si, mas da compreensão da racionalidade. (P10-g3). “Comecei a observar que dormindo embaixo do ventilador, com vento nas costas, vai acordar com contratura muscular ... quando minha mãe falava isso para mim, eu dizia, “fala sério, mãe, estou fazendo medicina, eu sei dessas coisas. Isso é besteira” ... agora eu estou vendo que esse conhecimento popular tem alguma raiz que, de certa forma, conhece um pouco disso. Comecei a valorizar mais isso. Não acho mais que é besteira.” (P2-g3)

A **ressignificação de práticas biomédicas** também foi um aspecto considerado relevante entre os participantes. A *visão sistêmica e funcional sobre o processo de saúde-doença*, contextualizada durante o

curso, destacou-se como um aspecto que contribuiu nesta ressignificação. Nesse sentido, os médicos da atenção básica relataram que tiveram um grande impacto conceitual ao contrastarem a abordagem linear e reducionista, que predomina na racionalidade biomédica convencional, com a visão não-linear e complexa utilizada em propostas contemporâneas de práticas em saúde (ligadas a biologia sistêmica e ao pensamento complexo), como reflete a seguinte fala: “Naquela aula sobre tensigridade e meridianos miofasciais (visão sistêmica e funcional sobre problemas musculoesqueléticos) entrei em “choque”, “coma”, crise convulsiva” ... mudei completamente. Foi realmente um grande momento decisivo na minha vida médica ...” (P2-g3).

O uso de conceitos que integram anatomia, fisiologia e função do sistema nervoso através da visão sistêmica e funcional, foi descrito entre os participantes como um incentivo a *revisitar o modelo biomédico de diferentes formas*. “Na verdade, o [modelo convencional] biomédico em si, não tem aspectos tão negativos. A maneira como é ensinado e foi feito, explorado (na faculdade), acho que não foi adequada para nossa formação ... Esse modelo funcional da acupuntura, nada mais é que conhecimento biomédico organizado e de uma outra maneira.” (P10-g3)

A partir da revisita ao modelo biomédico através uma visão sistêmica e funcional do processo saúde-doença, os médicos da atenção básica descreveram *novas percepções sobre prática da medicina*. Entre os participantes do grupo, houve duas principais percepções. Em alguns médicos houve uma ressignificação ampla na visão biomédica do processo-saúde doença e, em outros, a ressignificação foi mais sutil e ocorreu através do reconhecimento de novas formas ou possibilidades de práticas biomédicas. “O que eu posso dizer ... mudou completamente a minha prática e a minha vida ... foi um grande divisor de águas esse curso ... até, porque, me permitiu reapaixonar pela medicina. Reiniciar tudo. Foi bacana.” (P2-g3). “Não acho que (acupuntura) é solução pra tudo ... mas assim o que eu acho fantástico e é isso, abriu um leque de opções que antes tu não tinha ... nem sabia que podia existir” (P4-g3)

A contextualização do curso à conjuntura das práticas e processos de trabalho na atenção básica foi uma característica também discutida pelos participantes. A partir desta discussão, os participantes observaram que a *integração entre teoria e prática* foi um dos fatores que auxiliaram à reflexão sobre o processo saúde-doença e a consolidação de novos conhecimentos: “...era muito legal que a gente via pontos pra coisas que a gente lida todos os dias ... saía da aula (prática) e no outro dia aparecia alguém com alguma coisa (condição clínica vista na aula prática) e você já praticava ... é gostoso e é uma

coisa que até te engrandece como pessoa, ajuda a entender outra cultura, outra filosofia ... eu acho que é bem importante isso.” (P7-g2).

Os participantes, após iniciarem o uso da acupuntura no seu dia a dia, também perceberam a *prática como forma de aprendizado*, a qual além de consolidar o conhecimento permite ampliar a perspectiva sobre as práticas em saúde: “Fomos para lá [unidade básica de saúde], demos umas agulhadas. O paciente volta e diz isso, aquilo. Aí você vai aprendendo. Cada nova sessão [de acupuntura] é um aprendizado. Aí temos essa mudança ... amplia a perspectiva de visão.” (P1-g3)

DISCUSSÃO

O presente artigo evidencia a experiência de médicos da atenção básica que participaram de um curso de introdução à acupuntura organizado na lógica da educação permanente em saúde. O desenho metodológico do estudo buscou captar todo o processo de ensino-aprendizagem vivenciado pelos participantes, desde suas expectativas e conhecimentos prévios ao início do curso até as formas de integração e utilização de diferentes saberes oito meses após o término do mesmo.

No primeiro grupo focal (antes do início do curso) verificou-se que os participantes, estavam motivados a participar do curso e a buscar ampliação do seu leque de ferramentas terapêuticas. Ao longo do curso, conforme descrito no segundo e terceiro grupos focais, os médicos perceberam que além de adquirirem uma nova ferramenta terapêutica, eles tiveram uma ampliação do olhar sobre processo saúde-doença e uma visão reflexiva sobre as práticas biomédicas e não-biomédicas. Cabe aqui ressaltar dois fatores que podem ter influenciado diretamente os resultados observados pós-curso: (1) os participantes serem profissionais da atenção básica e (2) o curso ter sido organizado utilizando princípios da educação permanente em saúde.

Em relação ao primeiro fator, diferentes autores demonstraram que médicos que trabalham na atenção básica estão mais abertos a novos conhecimentos alheios ao escopo biomédico convencional e tem um certo grau de distanciamento ou estranhamento das práticas médicas hegemônicas^{49, 50}. No contexto hospitalar são menores os conflitos com o modelo biomédico, pois há predomínio da visão biologicista unicausal e protocolos rígidos de condutas¹³, os quais muitas vezes auxiliam no manejo dos tipos de problemas tratados nos hospitais. Por outro lado, os médicos da atenção básica estão inseridos em um meio onde predomina a subjetividade e as relações biopsicossociais não-lineares, o

que os faz buscar abordagens ou modelos que sejam mais efetivos para o seu contexto^{13, 49}.

A partir destes referências, é possível hipotetizar que se o mesmo curso de introdução à acupuntura fosse oferecido para especialistas focais atuantes em serviços especializados ou hospitalares, a maior parte destes não teria o mesmo grau de motivação e abertura para novos olhares como os descritos pelos médicos da atenção básica⁵¹. Nesse sentido, os resultados da presente pesquisa reforçam os dados de outros estudos e da própria PNPIC que propõem a atenção básica como importante campo de ensino e disseminação da acupuntura e outras práticas integrativas^{14, 40}.

Passando ao segundo fator destacado, a educação permanente em saúde, cabe realçar que a contextualização do curso à conjuntura das práticas e processos de trabalho da atenção básica, apresentada na quarta categoria, é algo que atravessa diversas falas dos grupos focais pós-curso. Este processo de contextualização da aprendizagem, típico da educação permanente, é apontado na literatura brasileira como peça chave para o sucesso de intervenções educativas, no sentido de auxiliar a incorporação ou transformação de práticas^{52, 53}.

Em Florianópolis, a educação permanente, aliada a novos estilos de gestão de recursos humanos e estratégias de planejamento das equipes de saúde, tem auxiliado a consolidar a disseminação da acupuntura na rede básica de saúde^{40, 41}. Buscando na literatura outras experiências de integração de ensino da acupuntura na atenção básica, são escassos e pontuais os relatos sobre o assunto^{46, 54, 55}. Por este motivo, pode-se sugerir que o uso da lógica da educação permanente é algo original e recomendável na área de ensino em acupuntura e que, corroborado pelo relato dos participantes do curso, auxilia na prática da atenção básica.

Considerando as repercussões do curso na prática dos médicos da atenção básica, vários tópicos emergiram das discussões nos grupos focais. Entre eles destacaram-se aspectos relacionados a: (1) interface entre atenção básica e acupuntura e (2) contribuições do curso na compreensão do processo saúde-doença. Entre estes aspectos, foi relevante o debate sobre o potencial da acupuntura no manejo de condições comuns na atenção básica como dores musculoesqueléticas, problemas emocionais e usuários com sintomas médicos inexplicáveis.

Na literatura internacional é amplamente discutida a questão da prevalência de disfunções musculoesqueléticas na atenção básica⁵⁶, bem como a dificuldade de lidar com pacientes com sintomas médicos inexplicáveis e síndromes somático-funcionais¹⁶. Diversos autores

sugerem o uso da MTC/Acupuntura no manejo destes problemas, tanto por fornecer um modelo explicativo e ferramenta terapêutica para as queixa funcionais^{17, 57, 58}, quanto pelo uso do agulhamento na desativação de pontos gatilho miofasciais nas disfunções músculo esqueléticas⁵⁹. O presente estudo confirma os achados e hipóteses destes autores, reforçando que acupuntura é um recurso útil e que aumenta o potencial de resolubilidade do médico da atenção básica.

O aumento da resolubilidade, mencionado nos grupos focais, vem ao encontro de dados de estudos prévios que demonstraram redução da prescrição de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios e redução de encaminhamentos para atenção secundária quando a acupuntura é introduzida na atenção básica⁶⁰⁻⁶². Adicionalmente, pode-se também relacionar a resolubilidade do uso da acupuntura à prática de uma clínica ampliada. Neste caso, a escuta acolhedora, a melhora do vínculo e o acompanhamento longitudinal são reforçados pela uso da acupuntura^{13, 15}. Isso propicia a criação de um contexto relativamente desmedicalizante e que pode reduzir a exposição dos usuários do SUS ao excesso de exames, encaminhamentos e intervenções médicas desnecessárias^{19, 20}.

Por fim, faz-se necessário comparar os resultados das repercussões práticas do curso com os achados de outros autores que estudaram a formação médica em acupuntura. Notou-se que provavelmente devido a brevidade do curso (80 horas) não foi observada a geração de profissionais “convertidos”, como descrito por Barros (2002), que se dirigem a prática exclusiva da MTC. Este também não era o objetivo da atividade de educação permanente em acupuntura.

O curso, se analisado através das dimensões tácita e explícita do conhecimento^{36, 37}, propiciou exposição dos saberes explícitos das racionalidades médicas da MTC e da biomedicina, e os integrou ao conhecimento tácito presente nas práticas e condutas dos médicos da atenção básica. A adoção da perspectiva, derivada das pesquisas em torno das racionalidades médicas⁴⁴, da coexistência legítima de várias racionalidades médicas com razões e eficácias próprias, não redutíveis umas as outras ou a biomedicina, sustentada nos limites hoje evidentes dos sistemas médicos especializados das várias sociedades e culturas, facilitou uma abordagem reflexiva (introdutória) da MTC e da biomedicina, reconhecida pelos participantes dos grupos focais como contributiva para melhoria da prática clínica e da resolubilidade na atenção básica.

A incorporação de novas práticas e de visões críticas sobre a formação dos saberes aplicados ao cuidado clínico, descritas na terceira

e quarta categorias deste estudo, sugere que após o curso os participantes adotaram uma postura híbrida ou eclética em relação as formas de uso do conhecimento relacionado à acupuntura, o que converge com os achados de outros autores^{27, 28, 31, 63}. Pode ter contribuído para isso a própria postura e experiência híbrida dos professores do curso, uma vez que o aprendizado por modelos sempre foi e, ainda é, uma força didático-pedagógico muito importante e não desprezível²⁴. Além disso, esta postura adotada pelos participantes pode levar a uma pluralização dos recursos terapêuticos na atenção básica¹⁹. Os dados do presente estudo também reforçam a hipótese de que houve uma conexão tácita-explicita entre os distintos saberes e as práticas na atenção básica, o que propicia a incorporação de novos conhecimentos³⁷, e é desejável e recomendado nos processos de educação permanente^{11, 52, 53}.

Cabe destacar as limitações do presente estudo. Uma limitação é a aproximação exclusivamente através do relato verbal dos profissionais sobre sua própria experiência e prática, que pode ser enviesado de várias maneiras. Outras formas de aproximação do fenômeno complexo em estudo, como análise de prontuários pré e pós curso, observação participante intraconsultório dos atendimentos dos profissionais ou sua vídeo-gravação e investigação da experiência dos usuários (talvez triangulando essas fontes entre si, por exemplo), apesar de suas dificuldades operacionais e metodológicas, poderiam contribuir para retificar e superar vieses, sendo recomendadas para futuras pesquisas.

Outra limitação está relacionada a técnica de coleta de dados. A opção pelos grupos focais, por mais que propicie o surgimento de opiniões através do debate, muitas vezes limita ou inibe a fala de determinados participantes, sobretudo em indivíduos que se conhecem (no caso, os participantes e o moderador do grupo), pois isso pode facilmente reproduzir acordos implícitos sobre o que deve ou não deve ser dito⁶⁴. Assim, há de se interpretar com cautela os dados apresentados nas discussões dos grupos focais. Novos estudos, realizando entrevistas em profundidade com os participantes do curso, por pesquisadores que não conheçam os participantes do curso seriam uma possível proposta para verificar a consistência dos dados apresentados neste estudo.

Por outro lado, essas limitações metodológicas não tornam os achados do estudo menos importantes, haja vista que a imersão e proximidade do pesquisador do campo de pesquisa pode ter auxiliado captar detalhes, expressões e fatos. Tais dados provavelmente não seriam observados por um pesquisador com maior distanciamento do objeto de pesquisa^{48, 65}. Nesse sentido, o exercício de aproximação e

distanciamento do pesquisador em relação ao campo de estudo foi algo que se fez necessário e foi constantemente debatido ao longo desta pesquisa e com isso buscou-se manter o rigor metodológico e a qualidade dos dados do trabalho^{48, 65, 66}.

Como possível limitação do curso, está também o fato de que, apesar dos relatos de incorporação da acupuntura pelos médicos, a quantidade de sessões de acupuntura registradas por estes profissionais é pequena⁶⁰. Em estudo recente, verificou-se que a média de sessões mensais registradas por estes médicos que fizeram o curso é de 11,35 sessões/médico por mês²⁵. Novas pesquisas são necessárias para verificar se houve aumento deste registro ao longo do tempo e qual é o percentual de sessões de acupuntura em comparação com o total de atendimento. Em estudo conduzido na Alemanha, verificou-se que os médicos generalistas também especialistas em acupuntura usam esta técnica em torno de 10 a 15% dos seus atendimentos³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados observados no presente estudo indicaram que o curso teórico-prático de introdução à acupuntura investigado auxiliou na ampliação do olhar sobre processo saúde-doença, aumentou os recursos terapêuticos da atenção básica e induziu uma postura reflexiva sobre a produção e uso dos saberes médicos. A presença de um contexto favorável a implantação de práticas integrativas e o uso da estratégia de educação permanente em saúde foram fatores facilitadores do processo que influenciaram os resultados encontrados. Considerando-se as potencialidades da integração do uso da acupuntura nas práticas da atenção básica, processos educativos do tipo do investigado mostram-se uma forma viável de expansão do uso da acupuntura no SUS e de aumento da resolubilidade na atenção básica.

REFERÊNCIAS:

1. Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. *Ann Intern Med.* Mar 5 2002;136(5):374-383.
2. Moré AO, Tesser CD, da Silva JB, Min LS. Status and Impact of Acupuncture Research: A Bibliometric Analysis of Global and Brazilian Scientific Output from 2000 to 2014. *J Altern Complement Med.* May 2 2016;22(6):429-436.

3. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med.* Oct 22 2012;172(19):1444-1453.
4. MacPherson H, Hammerschlag R, Coeytaux RR, et al. Unanticipated Insights into Biomedicine from the Study of Acupuncture. *J Altern Complement Med.* Feb 2016;22(2):101-107.
5. Cummings M. Modellvorhaben Akupunktur--a summary of the ART, ARC and GERAC trials. *Acupunct Med.* Mar 2009;27(1):26-30.
6. Witt CM, Pach D, Brinkhaus B, et al. Safety of acupuncture: results of a prospective observational study with 229,230 patients and introduction of a medical information and consent form. *Forsch Komplementmed.* Apr 2009;16(2):91-97.
7. Witt CM. Clinical research on acupuncture - Concepts and guidance on efficacy and effectiveness research. *Chin J Integr Med.* Mar 2011;17(3):166-172.
8. Thomas KJ, Coleman P, Nicholl JP. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995-2001 results from a follow-up national survey. *Family practice.* Oct 2003;20(5):575-577.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC: atitude de ampliação de acesso. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 2006.
10. Melo L. PMAQ e Censo revelam presença as PICs no País. *Revista Brasileira de Saúde da Família.* 07/09/2015 2013;14(34):6-8.
11. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saude, EducSaude, Educ.* 2005;9(16):161-168.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2009.
13. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
14. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública.* 2009;25:1732-1742.
15. Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Educ Couns.* Mar 2008;70(3):395-402.

16. Dirkwager AJ, Verhaak PF. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC family practice*. 2007;8:33.
17. Rugg S, Paterson C, Britten N, et al. Traditional acupuncture for people with medically unexplained symptoms: a longitudinal qualitative study of patients' experiences. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. Jun 2011;61(587):e306-315.
18. Clarke AE, Shim JK, Mamo L, et al. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*. 2003;68(2):161-194.
19. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(5):914-920.
20. Silva EDCd, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29:2186-2196.
21. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
22. Christensen MC, Barros NFd. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010;34:97-105.
23. da Silva JB, Saidah R, Megid CB, Ramos NA. Teaching acupuncture to medical students: the experience of Rio Preto Medical School (FAMERP), Brazil. *Acupunct Med*. Sep 2013;31(3):305-308.
24. Costi JM, da Silva JB, Min LS, et al. Teaching acupuncture: the Brazilian Medical Residency Programme. *Acupunct Med*. Dec 2012;30(4):350-353.
25. Moré AO, Tesser CD, Li SM. Integrating acupuncture into primary health care – the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. *Acupunct Med*. 2016(In Press).
26. Uchôa SAdC, Arcêncio RA, Fronteira ISE, et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016;24:e2672.
27. de Barros NF. Da medicina biomedica a complementar : um estudo dos modelos da pratica medica. Campinas: Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UNICAMP; 2002.

28. Nogueira MI. Entre a conversão e o ecletismo: de como médicos brasileiros tornam-se "chineses". Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ; 2003.
29. do Nascimento MC. As Duas Faces da Montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec; 2006.
30. Mota DDS. A Eficácia da Acupuntura: uma abordagem para além da técnica Rio de Janeiro: Antropologia, Universidade Federal Fluminense.; 2009.
31. Frank R, Stollberg G. Medical acupuncture in Germany: patterns of consumerism among physicians and patients. *Sociology of health & illness*. Apr 2004;26(3):351-372.
32. Garcia-Escamilla E, Rodriguez-Martin B, Martinez-Vizcaino V. Integration of acupuncture into conventional medicine from health professionals' perspective: A thematic synthesis of qualitative studies. *Health*. Mar 2016;20(2):176-200.
33. Garcia-Escamilla E, Rodriguez-Martin B, Martinez-Vizcaino V. What led health professionals to study and practise acupuncture in Spain? *Health*. Feb 28 2016.
34. Lupunacci N, Cutolo LRA. Estilos de Pensamento em Acupuntura: uma análise epistemológica. *Saúde & Transformação Social*. 2011;1(3):47-58.
35. Luz MT, Barros NF. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. . Rio de Janeiro: : UERJ/IMS/LAPPIS; 2012.
36. Polanyi M. *The Tacit Dimension*: The University of Chicago Press; 1966.
37. Jha SR. The tacit-explicit connection: Polanyian integrative philosophy and neo-polanyian medical epistemology. *Theoretical Medicine and Bioethics* 1998(19):547-568.
38. Bloor M. *Focus groups in social research*. Thousand Oaks: Sage; 2001.
39. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
40. Santos MC, Tesser CD, Moré AO, SThiago SC. Implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis com base na co- gestão e educação permanente em saúde. *Revista de Saúde Pública de Florianópolis*. 2014;2(3):20-25.
41. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saúde Colet*. 2012;17(11):3011-2014.

42. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF. 2009.
43. Faqueti A. Medicinas Alternativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Perspectiva de usuários em Florianópolis/SC. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFSC; 2014.
44. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Rev Saude Coletiva*. 2004;14(1):41-64.
45. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis (Rio J.)*. 2009;19(3):777-796.
46. Richardson M, Freedman J. A model for acupuncture training in primary care. *Acupunct Med*. Sep 2005;23(3):135-136.
47. Muhr T. ATLAS/ti the knowledge workbench. V 5.0 Quick tour for beginners. Berlin: Scientific Software Development; 2004.
48. Bryman A. *Social Research Methods*. 4ed ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
49. Kleinman A. *Writing at the Margin: discourse between anthropology and medicine*. Los Angeles, California: University of California Press,; 1995.
50. Poli Neto P. Encontros no Centro de Saúde: a medicina de família e comunidade (MFC) e o sofrimento social. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, UFSC; 2011.
51. Keshet Y, Ben-Arye E, Schiff E. Can holism be practiced in a biomedical setting? A qualitative study of the integration of complementary medicine to a surgical department. *Health*. Nov 2012;16(6):585-601.
52. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41-65.
53. Lino MM, Backes VMS, Ferraz F, et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2009;7:115-136.
54. Ross J. An audit of the impact of introducing microacupuncture into primary care. *Acupunct Med*. Jun 2001;19(1):43-45.

55. Wu J, Lu Z, Hayes M, et al. Integration of acupuncture into family medicine teaching clinics. *J Altern Complement Med.* Sep 2009;15(9):1015-1019.
56. Li LC, Cott C, Jones CA, et al. Improving Primary Health Care in Chronic Musculoskeletal Conditions through Digital Media: The PEOPLE Meeting. *JMIR research protocols.* 2013;2(1):e13.
57. Paterson C, Taylor RS, Griffiths P, et al. Acupuncture for 'frequent attenders' with medically unexplained symptoms: a randomised controlled trial (CACTUS study). *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* Jun 2011;61(587):e295-305.
58. Tan S, Tillisch K, Mayer E. Functional Somatic Syndromes: Emerging Biomedical Models and Traditional Chinese Medicine. *Evid Based Complement Alternat Med.* Jun 1 2004;1(1):35-40.
59. Baldry P. The integration of acupuncture within medicine in the UK--the British Medical Acupuncture Society's 25th anniversary. *Acupunct Med.* Mar 2005;23(1):2-12.
60. Costi JM. Impacto de um curso de introdução à acupuntura em aspectos da prática clínica de médicos da atenção primária à saúde de Florianópolis. Florianópolis: Pós-graduação em Saúde Coletiva, UFSC; 2016.
61. Santos MC, Bosquetti M, Pereira P. Impactos na Gestão com a Oferta da Acupuntura como Terapia Complementar em um Centro de Saúde de Florianópolis/SC. *Coleção Gestão da Saúde Pública.* 2013;5:135-153.
62. Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ.* Jun 22 2011.
63. Hsiao AF, Ryan GW, Hays RD, et al. Variations in provider conceptions of integrative medicine. *Social Science & Medicine.* Jun 2006;62(12):2973-2987.
64. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2002;12:149-161.
65. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis (Introducing Qualitative Methods series)*: Sage Publications Ltd; 2006.
66. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ.* Jul 8 1995;311(6997):109-112.

4.4 ARTIGO 3

ACUPUNTURA NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Manuscrito no formato de submissão para o periódico *Ciência & Saúde Coletiva*.

RESUMO

O presente estudo objetivou entender as influências do ensino da acupuntura na formação de residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e seus desdobramentos na prática clínica na atenção primária à saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa com dados coletados através da técnica de grupo focal. Participaram médicos residentes de MFC do município de Florianópolis que concluíram um curso teórico-prático de introdução à acupuntura, pautado nas racionalidades médicas da medicina tradicional chinesa (MTC) e da biomedicina, organizado na lógica da educação permanente. Os dados foram analisados segundo o referencial da Grounded Theory. Os resultados, organizados em três categorias, refletem: a experiência de participação no curso, as repercussões na prática dos residentes e as aproximações entre acupuntura e o contexto da APS. Após um ano do final do curso todos os residentes incorporaram a acupuntura na sua prática, utilizando-a em diferentes situações clínicas. Este ensaio de integração do ensino da MTC/acupuntura ao contexto de uma residência médica em MFC evidenciou o seu potencial em ampliar o entendimento do processo saúde-doença e a pluralização terapêutica na APS, auxiliando na promoção da integralidade e no manejo do processo de medicalização social.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, Acupuntura, Ensino médico, Atenção primária à saúde

INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente às pessoas, suas famílias e à comunidade, tendo como principal campo de atuação a Atenção Primária à Saúde (APS)¹. No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a expansão, qualificação e consolidação da APS no país².

A expansão da ESF no Brasil tem gerado um aumento da necessidade de formação de profissionais capacitados, sendo este um dos maiores desafios atuais para a consolidação de uma APS de qualidade³. Neste sentido orienta-se que a formação em MFC seja realizada através de um modelo de prática centrada na pessoa, com foco no contexto familiar e orientada para a comunidade^{4, 5}. Desta maneira, cria-se na APS um espaço propício para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, a criação de vínculo, a longitudinalidade e a integralidade dos cuidados à saúde^{5, 6}.

A integralidade, princípio normativo do SUS, está presente em diversas políticas de saúde como parâmetro norteador para formação e atuação na área da saúde⁷. Assim, estimula-se que todos os profissionais considerem a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam elas de ordem física, mental ou social, tanto no plano individual como coletivo, tendo sempre em vista os indivíduos como sujeitos/cidadãos inseridos em seu contexto sócio-familiar^{5, 8, 9}. A proposta de uma atenção à saúde com base na integralidade busca superar a fragmentação dos cuidados profissionais em saúde, que consolidou-se no último século através da segmentação do estudo do corpo em múltiplas partes^{9, 10}; centrando-se em intervenções biomédicas lineares ou unicasais e dirigidas a classificações nosológicas que utilizam órgãos-alvo ou receptores específicos como princípio terapêutico¹¹.

Entre as políticas públicas de saúde que visam a ampliação da integralidade aos cuidados à saúde destaca-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006¹². As práticas integrativas e complementares (PICs) são compostas por sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade¹². Entre as diversas PICs, a acupuntura, terapia originada na Medicina Tradicional Chinesa

(MTC), vem ganhando popularidade e aceitação nos sistemas de saúde do ocidente principalmente pela demonstração de sua eficácia e segurança na abordagem de problemas comuns da APS^{13, 14}. No Brasil, as diretrizes da PNPIC recomendam o uso da acupuntura em todos os níveis de atenção, com enfoque prioritário para a APS¹².

Em 2010, o município de Florianópolis iniciou um processo de implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na APS¹⁵. Fazem parte deste processo atividades de educação permanente em saúde, e entre elas, a oferta de um curso de introdução à acupuntura aos médicos da APS e residentes de MFC^{16, 17}. Este curso consiste em atividades teórico-práticas com enfoque no contexto da APS e de suas principais demandas¹⁷. Tem duração de quatro meses e carga horária de 80 horas, 40 horas teóricas e 40 horas de prática supervisionada. Durante o curso os participantes são apresentados a diferentes abordagens do processo de saúde-doença¹⁷. As discussões sobre estas abordagens são orientadas pelas dimensões da categoria racionalidade médica, conforme proposto por Luz,¹⁸ e incluem as racionalidades médicas da MTC e da biomedicina.

Tendo em vista que são poucos os estudos que exploram a temática do ensino-aprendizagem das PICs na formação dos MFC¹⁹, e a necessidade de aproximações qualitativas que auxiliem na compreensão de como ocorre a integração da acupuntura na prática de médicos da APS^{20, 21}, elaborou-se o presente estudo, que teve o objetivo de entender as influências do ensino da acupuntura na formação de residentes em MFC e seus desdobramentos na prática clínica.

MÉTODO

A pesquisa teve caráter exploratório-descritivo e adotou os pressupostos da metodologia qualitativa, com o intuito de descrever, caracterizar e entender aspectos relacionados à experiência vivenciada pelos residentes durante e após um curso de introdução à acupuntura²². Participaram do estudo seis residentes do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS Florianópolis), tendo todos concluído o curso no ano de 2014. Esta edição do curso contou com 22 participantes, 12 médicos da APS de Florianópolis, 1 profissional da atenção terciária, 3 estudantes de medicina e os seis residentes em MFC. Estes últimos estavam no primeiro ano da residência e foram os sujeitos desta pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado a técnica de grupo focal²³. Esta técnica foi selecionada por ser uma ferramenta útil para produzir e registrar o discurso grupal²⁴. Uma das suas principais vantagens é estimular o debate entre os participantes e auxiliar a emergência de dados que vão além das repostas de entrevistas individuais^{23, 24}. O grupo focal foi realizado um ano após a conclusão do curso de introdução à acupuntura, quando os residentes cursavam o último mês da residência (que tem duração de dois anos). O moderador do grupo foi o pesquisador principal, que também teve participações no curso na elaboração do conteúdo e ao ministrar aulas teóricas e práticas. Para orientar o debate foi utilizado um roteiro semiestruturado com nove perguntas (apresentadas no quadro 1). Este roteiro foi testado com o grupo de residentes de MFC que participou da edição anterior do mesmo curso, em 2013, e se mostrou satisfatório.

A organização e análise dos dados foi realizada com base na Teoria Fundamentada nos dados (Grounded Theory) proposta por Strauss e Corbin²². Esta forma de análise qualitativa envolve um conjunto de técnicas e procedimentos que buscam identificar temas ou conceitos que emergem das falas dos participantes. A análise da transcrição da gravação do grupo focal foi realizada de forma independente por dois pesquisadores, um com experiência de pesquisa na área de medicina e outra na área de psicologia, que não participou do grupo focal e nem do curso. Os pesquisadores seguiram as três etapas de análise propostas pela Teoria Fundamentada nos dados²². A primeira, denominada de codificação aberta, consistiu em realizar sucessivas leituras do material transcrito seguido do processo de desmembramento, exame e comparações e categorização dos dados. A segunda, em sequência, foi a realização da codificação axial, na qual ocorreu a construção das categorias principais e subcategorias, com base no agrupamento das especificidades dos elementos de análise. Por fim, a terceira etapa, denominada codificação seletiva, integra e refina o conjunto de dados obtidos proporcionando compreensão integrada do fenômeno central investigado²².

Utilizou-se o programa Atlas.ti 5.0 para organização, tratamento e análise dos dados, o que auxiliou na construção das categorias, estabelecendo relações e conexões entre os dados²⁵. Após uma série de reuniões entre os pesquisadores para comparar e discutir as categorias que emergiram da análise de cada um, foi construído de forma consensual um quadro de categorias que contemplasse uma leitura transversal dos dados que auxiliou na análise em profundidade dos temas e conceitos emergentes.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer número 358.044).

Quadro 1. Roteiro de perguntas utilizado no grupo focal

Pergunta 1	Qual sua opinião sobre o curso de introdução à acupuntura?
Pergunta 2	De que forma o curso e contato com a acupuntura pode ter influenciado a sua prática?
Pergunta 3	Você tem conseguido utilizar a acupuntura nos atendimentos da APS? De que forma?
Pergunta 4	Quais são os problemas mais comuns em que você utiliza a acupuntura?
Pergunta 5	Qual sua opinião sobre a Atenção Primária à Saúde (aspectos positivos e negativos)?
Pergunta 6	Quais são os fatores facilitadores e entraves para uso da acupuntura na APS?
Pergunta 7	Qual sua opinião sobre a Acupuntura e a Medicina Tradicional Chinesa?
Pergunta 8	Quais são os principais desafios enfrentados na APS no momento?
Pergunta 9	De que forma a acupuntura pode auxiliar a enfrentar algum destes desafios?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados gerados a partir do grupo focal foram agrupados em três categorias: 1) O curso de introdução à acupuntura na formação dos residentes; 2) Desdobramentos do curso na prática clínica; 3) Acupuntura no contexto da Atenção Primária à Saúde, com subcategorias e elementos de análise associados. O Quadro 2 mostra as três categorias com suas respectivas subcategorias e elementos de análise, discutidos a seguir com as narrativas

dos residentes codificados por ordem numérica (RM1 a RM6). Para facilitar a identificação dos elementos de análise no texto, estes foram destacados em *itálico* na sessão de resultados e discussão.

Quadro 2- Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise.

Categorias	Subcategorias	Elementos de Análise
<p>CATEGORIA 1</p> <p>O curso de introdução à acupuntura na formação dos médicos residentes</p>	<p>1.1 Opiniões gerais sobre o curso</p>	1.1.1 Experiência positiva
		1.1.2 Dificuldades encontradas
		1.1.3 Potencialidade do programa de residência em MFC de Florianópolis
	<p>1.2 Características que marcaram a participação dos residentes no curso</p>	1.2.1 Perda de preconceitos
		1.2.2 Quebra de paradigma
		1.2.3 Metáforas
<p>CATEGORIA 2</p> <p>Desdobramentos da participação no curso na prática clínica</p>	<p>2.1 Incorporação da acupuntura na prática da APS</p>	2.1.1 Acupuntura na rotina de trabalho
		2.1.2 Formas de utilização da acupuntura
		2.1.3 Limitações
	<p>2.2 Pluralização Terapêutica</p>	2.2.1 Possibilidade do uso de diferentes racionalidades médicas na prática
		2.2.2 Nova ferramenta de tratamento
<p>CATEGORIA 3</p> <p>Acupuntura no contexto da APS</p>	<p>3.1 Ampliação do entendimento do processo saúde-doença</p>	3.1.1 Redução da medicalização
		3.1.2 Promoção da integralidade
	<p>3.2 Percepções sobre o uso da acupuntura na APS</p>	3.2.1 Uma abordagem que vai além da técnica
		3.2.2 Maior resolubilidade
		3.2.3 Integração entre MFC e acupuntura

O curso de introdução à acupuntura na formação dos médicos residentes

Esta categoria congrega resultados sobre as percepções dos residentes em relação à participação no curso de introdução à acupuntura. De forma geral, os residentes descreveram a participação do curso como uma experiência positiva, exemplificado nas seguintes falas: “O curso foi uma das coisas mais significativas da residência” (RM6); “Foi uma experiência interessante porque veio ao encontro mais ou menos do que sempre acreditei [como prática médica], mas que eu não achava um espaço na medicina para compreender melhor um pouco isso” (RM2).

Os residentes também levantaram algumas dificuldades encontradas no curso, principalmente na parte inicial quando foram apresentados a conteúdos referentes à medicina tradicional chinesa: “Eu acho que no começo, nas primeiras aulas, a gente tinha que desconstruir muito conhecimento biomédico para poder entender todo aquele processo. Então no começo foi difícil” (RM2). Esta dificuldade relatada pelo grupo seguiu-se de um debate sobre a lacuna nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde em abordar outras racionalidades médicas, além da biomédica. No cenário brasileiro, estudos realizados nas Faculdades de Medicina de São José do Rio Preto e Universidade de São Paulo demonstram que os estudantes que cursam ligas acadêmicas e disciplinas optativas de acupuntura sugerem que esta deveria ser integrada como disciplina regular dos cursos graduação em medicina^{26, 27}.

Os residentes destacaram o curso como sendo uma das potencialidades do programa de residência em MFC do município de Florianópolis: “Quando perguntam sobre a residência daqui o curso de acupuntura é sempre listado como uma das potencialidades” (RM6). Não encontramos na literatura relatos de outros programa de residência em MFC no Brasil que incluam o ensino teórico-prático da acupuntura/MTC. Nos Estados Unidos, há descrição de uma experiência do uso acupuntura em clínicas onde há residentes de MFC²⁸. No entanto, diferentemente do presente estudo, tais residentes não praticam e nem estudam aspectos teóricos da acupuntura/MTC, somente observam a atuação de acupunturistas²⁸.

Tópicos de discussão sobre a abordagem de diferentes formas de compreensão do processo saúde-doença durante o curso também foram destacados pelos residentes. Para alguns deles a perda de preconceitos sobre outros saberes não biomédicos foi reflexo da participação no

curso. “Eu tinha um preconceito ... e não acreditava [na MTC e Acupuntura], mas na verdade era falta de conhecimento sobre o assunto. Isso me ajudou para perder o preconceito sobre outras racionalidades também, como a homeopatia” (RM1). Isso converge com outro estudo que verificou que estudantes de medicina, ao acompanharem o exercício da acupuntura durante um período de faculdade, tem redução de escores de ceticismo sobre esta prática²⁹.

Além de auxiliar na perda de preconceitos, os residentes também referiram-se ao curso como uma forma de quebra de paradigma: “Eu acho que a expressão que eu definiria [o curso] é quebra de paradigma” (RM1). “A primeira impressão [do curso] é essa mesmo, de quebra de paradigma, e um desconforto inicial no sentido positivo, de curiosidade” (RM3). Perguntados sobre o que eles queriam dizer com “quebra de paradigma”, os residentes mencionaram assuntos relacionados ao questionamento do raciocínio unicausal que permeia as abordagens biomédicas e à assimetria entre diagnose e terapêutica destas abordagens: “... o curso de acupuntura traz a perspectiva de quebrar esse paradigma unicausal. Nosso sentimento de angústia vinha disso, de que não é suficiente só essa intervenção biomédica, em algumas pessoas até pode ser, mas não nas queixas da maioria da população” (RM2). “A gente vê muito pouco de terapêutica durante a faculdade. A gente vê muito diagnóstico muito a questão de fisiopatologia e diagnóstico, mas fundamenta muito pouco a parte da terapêutica” (RM3). A discussão sobre a necessidade de se repensar os modelos unicauais, mecanicistas e lineares que predominam nas abordagens biomédicas atuais é tema de estudo de vários cientistas contemporâneos^{30, 31}.

Corroborando as opiniões dos residentes, alguns autores propõe que a prática da acupuntura e o estudo de outras racionalidades médicas auxilia a refletir sobre o uso do conhecimento biomédico, em termos da não linearidade e da complexidade relacionadas ao processo saúde-doença^{31, 32}. Adicionalmente, em referência a quebra de paradigma, Luz³³ propõe que um novo paradigma médico surge a medida que a racionalidade médica ocidental reconhece sua hipertrofia na busca de diagnósticos ou classificações; e se reaproxima da dimensão terapêutica (ou da “arte de curar”). Nesse sentido, várias PICs possuem em suas racionalidades subjacentes modelos terapêuticos que oferecem formas de cuidado com características das quais carecem as intervenções biomédicas em geral, como: a centralidade da terapêutica na relação usuário-profissional; a busca de meios terapêuticos simples e eficazes; o fomento à autonomia do paciente; a centralidade do cuidado nas categorias de vida, saúde e equilíbrio (ou harmonia), que imprimem em

muitas PICs um paradigma vitalista na abordagem dos processos de adoecimento e cura, (re)estabelecendo para o terapeuta o papel de promotor e recuperador da saúde³³ - por contraste a tendência de centramento do cuidado na diagnose de patologias e seu combate ou controle, típica na biomedicina³⁴.

Desdobramentos da participação no curso na prática clínica

Ao participarem do grupo focal os residentes já haviam concluído o curso há um ano. A fim de entender as experiências sobre a prática da acupuntura vivenciadas neste período, esta categoria reúne dados referentes às repercussões do curso na prática clínica dos residentes. Os participantes mencionaram que o curso promoveu a incorporação da acupuntura na sua prática clínica. Mesmo após um ano do curso, todos continuavam praticando a acupuntura na rotina de trabalho da APS. Dois residentes descreveram a acupuntura como uma ferramenta de uso diário: “Se eu tenho agulha eu uso. Todos os dias, em algum período eu uso, bastante para dor aguda. Penso para queixas mais crônicas também, como ansiedade ... a acupuntura está completamente difundida na minha prática diária” (RM4). “Se estou o dia inteiro no posto, eu uso umas cinco vezes a acupuntura” (RM1).

Os demais residentes relataram uso com menor frequência e relacionaram isso a dinâmica de trabalho da unidade de saúde ou por ter criado uma sobrecarga na demanda: “Eu tenho marcado um período por semana [para tratamento com acupuntura], isso mais pela logística ali do posto, quando tem macas disponíveis, daí eu tenho um período de cada semana pra marcar” (RM5) “Teve um momento em que eu tava fazendo mais [acupuntura] ... e aí depois de algum tempo eu acho que fiquei um pouco sobrecarregado ... me segurei um pouco pra diminuir o número de casos que eu tava acompanhando.”(RM3)

Diferentes formas de utilização da acupuntura na rotina de trabalho dos residentes foram descritas, com predomínio do uso em consultas agendadas, mas alguns residentes também incorporaram a acupuntura em consultas de demanda espontânea. Exemplos das formas de uso seguem: “Então, eu tenho usado assim como os colegas, tanto em pessoas com queixas agudas como em pacientes agendados ... o que chama atenção quando a gente acaba o curso é que a gente começa a querer agulhar todo mundo ... as vezes tem que se segurar para não agulhar” (RM6). “Uso até em urgências. Se tô com agulha ali, e a pessoa tá com dor no ombro [aguda], vou tratar” (RM1). O uso ambulatorial e eletivo é a forma mais comumente descrita de uso da

acupuntura na prática clínica da APS. A utilização em situações de pronto-atendimento é menos comum, mas também são encontrados relatos na literatura³⁵.

Algumas limitações para incorporação da acupuntura na prática das equipes da APS foram levantadas durante o grupo focal. Entre elas destacaram-se: a falta (eventual) de agulhas na unidade de saúde, a falta de espaço físico adequado para prática e a criação de uma demanda de atendimento que não existia anteriormente. Uma das formas descritas de superar estas limitações para o uso das PICs na APS envolve propostas de otimização das formas de gestão dos recursos financeiros e humanos a partir de um método de implantação das PICs no SUS¹⁵. Mesmo assim, percebe-se que o desafio de superar estes limites é ainda maior devido a PNPIC ser uma das poucas políticas públicas de saúde que não tem indução financeira para sua implementação¹².

A possibilidade de uso de diferentes racionalidades médicas (MTC e Biomedicina) através da prática clínica da acupuntura foi relacionada pelos residentes como uma repercussão importante do curso: “a forma como foi colocada uma outra racionalidade, mas não foi negada a parte biomédica ... ao mesmo tempo que foi passado um modo de pensar, não foi negado outro. Conseguiu lidar com essas duas partes, e isso é importante, é o modo como vamos ter que lidar na prática” (RM5). “Essa história de transitar entre as racionalidades foi algo bem gostoso de fazer durante o curso, foi bem proveitoso” (RM6).

O seguinte diálogo também exemplifica este achado: “RM6: “Aí ele [professor do curso] agulhava a distância e eu pensava: isso é magia negra [referindo-se ao exemplo de um paciente que teve melhora da dor no ombro após uso de um ponto de acupuntura na perna]. Aí depois quando você tem as bases [teórico-práticas] do curso você consegue entender como funciona. Moderador: “Entender como funciona”, em que sentido você quer dizer isso? RM6: Que não é magia. Que existem bases tanto da MTC e da neurofisiologia pra explicar aquilo.”

De acordo com esses dados pode-se inferir que a participação no curso de introdução à acupuntura repercutiu em uma pluralização epistemológica e terapêutica das práticas dos residentes. Supondo que isso se deve, ao menos em parte, ao cuidado do curso em reconhecer e abordar teórica e praticamente a MTC e a biomedicina como racionalidades médicas em si mesmas, esse resultado corrobora a opinião de outros autores que entendem o uso da categoria analítica racionalidade médica como uma forma de criar uma convivência menos conflituosa e mais integrada entre sistemas médicos tradicionais e modernos¹⁸.

Adicionalmente, a introdução de outras racionalidades médicas podem contribuir para a ampliação da clínica na APS^{36, 37}. Além da percepção sobre as racionalidades médicas, os residentes descreveram o uso da acupuntura (e os conhecimentos que estruturam a sua prática) como uma nova ferramenta de tratamento, como exemplificam os relatos: “Eu não tinha esse conhecimento para aplicar na prática. Depois do curso eu senti que tinha esta ferramenta [a acupuntura] que inter-relaciona outras coisas ... a possibilidade de ter esta ferramenta que pensa diferente mudou muito a minha prática” (RM5). “Outra coisa era o sentimento de impotência que eu sentia em boa parte das abordagens na atenção primária ... ter um instrumento que de alguma forma me permite criar uma perspectiva diferente para a pessoa, isso foi um elemento impressionante pra mim. Não é descaracterizar uma intervenção biomédica, mas entender que as doenças são muito mais complexas do que simplesmente uma intervenção medicamentosa” (RM2). A disponibilidade desta nova ferramenta terapêutica, conforme descrevem os residentes, reforça os achados de Cunha³⁶ sobre o potencial do ensino da acupuntura em promover uma ampliação da clínica na atenção básica; e novamente isso converge com a idéia das PICs como uma fonte desejável de pluralização terapêutica no SUS, especialmente na APS³⁷.

Acupuntura no contexto da atenção primária à saúde

Esta terceira categoria permitiu evidenciar dados referentes às percepções dos residentes sobre o processo de trabalho na APS e a suas relações com a prática da acupuntura. Os participantes debateram e citaram exemplos sobre a acupuntura facilitar o manejo ou mesmo a redução do processo de medicalização social: “Eu vejo a acupuntura como uma prática desmedicalizante. Nossos corpos e nossa prática médica, foram muita capturadas pela medicina, pela indústria, e eu acho que essa perspectiva de cuidado, do próprio corpo recuperar, e os próprios pacientes saberem que tem esse potencial ... nisso a acupuntura tem um grande potencial na transformação da perspectiva de saúde e das nossas práticas em saúde” (RM6).

O processo de medicalização social é conceituado como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências, aspectos e comportamentos humanos (antes manejados autonomamente) como se fossem problemas médicos³⁸, geralmente em termos de doenças e distúrbios. Ele foi descrito e analisado na década de 1970 e seguintes^{39, 40}, tendo se

complexificado bastante, a ponto de ser renomeado em uma releitura recente sob a alcunha de biomedicalização⁴¹.

Tal processo gera, no contexto brasileiro contemporâneo, uma excessiva demanda ao SUS, sobretudo à APS⁴². Mesmo sendo um processo macro-social e macro-cultural em que a atuação profissional hoje é limitada⁴³ (embora tenha sido historicamente intensa e poderosa, no sentido de sua promoção, e ainda isso ocorra), esta atuação pode ser em alguma medida alterada, ainda que microssocialmente. Nesse sentido, há a sugestão de que a pluralização terapêutica do SUS através das PICs seja uma forma de manejo menos reforçadora da medicalização ora excessiva, ou, pelo menos, redutora de danos (iatrogênicos)^{37, 42}. Dentro dessa ótica, a valorização e o exercício de práticas que utilizem uma racionalidade diferente da biomédica poderiam auxiliar o profissional a encontrar modelos explicativos e propostas terapêuticas que ajudem a superar os limites das intervenções biomédicas^{10, 37}.

Aspectos relacionados à promoção da integralidade através da prática da acupuntura também foram amplamente discutidos pelos residentes: “Eu gosto de pensar da forma da Medicina Tradicional Chinesa, de como é que a gente promove a nossa saúde, de equilíbrio, de como é que a gente alcança esse equilíbrio, de levar uma vida saudável, boa alimentação, boa respiração, boas relações, e de uma forma ou outra há um momento em que há um desequilíbrio, e eu enxergo a acupuntura como o reestabelecimento desse equilíbrio ... quando a gente consegue perceber que existe toda uma integralidade entre nós e o meio, e que a gente está regido pelos mesmos princípios naturais, vamos dizer assim, a coisa começa a fazer mais sentido, e por que seria diferente, né?”(RM4)

O debate sobre a integralidade é complexo e o tema é polissêmico, em termos de sua definição e estabelecimento no SUS^{9, 10}. Se um dos pontos consensuais da integralidade é que não se deve reduzir o sujeito à doença, ela, por outro lado, tem pelo menos três sentidos e esferas de ação distintos: refere-se a "respostas governamentais a certos problemas de saúde"; aplica-se à "organização dos serviços de saúde"; e diz respeito aos atributos das práticas profissionais de saúde⁴⁴. Focando neste último sentido, para Tesser e Luz¹⁰ os saberes biomédicos, em geral, tendem a orientar práticas pouco promotoras da integralidade, uma vez que estão direcionados às doenças e seus riscos e estes dominam o direcionamento cognitivo e terapêutico da clínica biomédica¹⁰. Por outro lado, nas racionalidades médicas vitalistas, incluindo a MTC, a integralidade funciona como alicerce

fundador e organizador do saber utilizado⁴⁵. A partir desta base, podem ser construídas mais facilmente medidas promotoras, preventivas e curativas que integram mente-corpo e meio ambiente social e natural através de terapias e práticas que estimulam processos naturais de recuperação^{12, 45}.

Quando discutido com os participantes sobre qual percepção deles sobre a terapia com acupuntura no contexto da APS, verificou-se que os residentes consideram a acupuntura uma abordagem que vai além da técnica: “Então, a acupuntura não é uma coisa fechada nela mesma. Ela tem toda essa fisiologia, de diagnóstico e terapêutica da medicina tradicional chinesa que tá dentro dela, né, não dá pra aplicar a acupuntura como método isolado que aí perde todo o sentido” (RM5), “Não consegui estudar muito [MTC] ainda, por isso que eu tenho usado mais o agulhamento neurofuncional [abordagem biomédica]”(RM1). Moderador: Mas tu acha que a neurofuncional faz parte da acupuntura?

RM1: Faz também, só que quando você pensa mais pelo agulhamento [como procedimento biomédico] é o que eu mais consigo usar. Moderador: Qual é a diferença do agulhamento pra acupuntura?

RM1: O agulhamento faz parte da acupuntura, mas a acupuntura é muito mais do que isso.”

É interessante também notar nos relatos dos participantes que diferentes racionalidades de uso da acupuntura estão sendo aplicadas (MTC e Biomedicina). Os achados vão ao encontro do olhar antropológico de Mota⁴⁶ sobre este fenômeno, que se refere à acupuntura como uma abordagem cultural muito além da técnica⁴⁶. O autor, adiciona, no mesmo trabalho, que um dos motivos de procura para prática da acupuntura pelos médicos ocidentais é a percepção de sua eficácia. A respeito disso, os residentes também fizeram vários relatos referentes a uma percepção de uma maior resolubilidade na APS através da acupuntura, tanto no auxílio do manejo de problemas comuns da APS quanto na redução de exames complementares e encaminhamentos para atenção secundária.

No final do grupo focal todos os residentes registraram ter vontade de seguir aprendendo mais acupuntura, alguns inclusive pensando em tornar-se também especialistas em acupuntura. “Até o momento eu achava que a única especialidade em que eu me encaixaria seria a MFC. Em alguns momentos depois do curso eu pensei quem sabe a acupuntura também não entra nisso [no sentido de trabalhar como especialista em acupuntura]. Mas vi que era possível estar na MFC e trazer a acupuntura para dentro da MFC. Acho que é possível conciliar” (RM2). Este relato exemplifica a opinião consensual do grupo de

residentes que entende a acupuntura como um conhecimento/técnica a ser integrado pelo MFC, não necessariamente como especialidade, mas como parte dos conhecimentos básicos do médico generalista.

Por fim, cabe-se apontar algumas limitações do presente estudo. Esta é uma pesquisa que restringiu-se a um grupo pequeno de residentes de MFC e em um contexto propício ao uso de PICs na APS. Por isso, há que se interpretar com cautela uma possível generalização destes dados a outros locais e para outros grupos de residentes ou profissionais da APS. Além disso, a forma de coleta de dados apresentou limitações técnicas. O fato de todos os participantes do grupo focal serem colegas de residência e também conhecerem o moderador tem potencial de introduzir vieses no estudo. Isso pode ter propiciado a geração (ou omissão) de alguns relatos ou opiniões influenciadas pela relação de amizade entre residentes, ou de proximidade com o moderador. Por outro lado, a técnica de grupo focal e a relação próxima entre participantes e moderador também tiveram as suas vantagens, pela possibilidade da exploração de informações em profundidade, muitas vezes não possível com um moderador desconhecido²³. Alguns autores destacam a importância em pesquisa qualitativa desta proximidade do pesquisador com os participantes e o campo de pesquisa⁴⁷. Neste caso, deve ficar registrado de forma transparente as possíveis implicações positivas e negativas destas interações pesquisador-participantes⁴⁸, como no presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente pesquisa somam-se a um conjunto de outros estudos que demonstram os benefícios e potenciais da inserção das PICs no SUS e em outros sistemas universais de saúde^{16, 21, 49}. Nesse sentido, reafirma-se a hipótese de que os profissionais de saúde ao entrarem em contato e incorporarem (ainda que parcialmente) outras racionalidades médicas nas suas práticas, além de se qualificarem, melhoram a resolutividade na APS^{10, 37}. Isso fortalece a construção de premissas e projetos implícitos no SUS como a ampliação da clínica, o acolhimento, o cuidado e a integralidade das ações de saúde⁴⁵.

Em estudo prévio, verificou-se que após realização de três edições do curso de introdução à acupuntura para médicos da APS de Florianópolis, com total de 59 participantes (38 médicos da APS e 21 residentes de MFC), houve um aumento expressivo do registro de prática da acupuntura na APS no município¹⁷. A partir destes dados, o avanço que o presente trabalho traz para o campo da saúde coletiva é o

de adicionar aspectos qualitativos sobre este relato prévio. Este conjunto de resultados nos leva a pensar que esta proposta de ensino de acupuntura para residentes de MFC e médicos da APS seja uma forma sustentável e replicável de expansão da acupuntura/MTC na APS. Seguindo esta lógica, percebe-se que estratégia de educação permanente em saúde e todos os benefícios que acompanham este processo de ensino-aprendizagem, aplicada às PICs, favorece o diálogo construtivo entre saberes tradicionais e modernos. Os resultados da aplicação desta estratégia no município de Florianópolis tem evidenciado uma gradual transformação das práticas da APS, ou ao menos inovações que incluem, além da acupuntura, o ensino e uso de plantas medicinais, automassagem (do-in e reflexologia), yoga, qi gong, nutrição integrativa e auriculoterapia¹⁶.

Esta experiência de ensino introdutório e de integração da acupuntura, em dupla perspectiva, biomédica e da MTC, em uma residência em MFC, indicou, através do relato dos participantes um ano depois do fim do curso, um significativo potencial desse aprendizado em ampliar o entendimento do processo saúde-doença e a pluralização terapêutica na APS, ambos auxiliando na promoção da integralidade e no manejo do processo de medicalização social por estes profissionais (residentes). Nossos resultados sugerem que iniciativas de formação e de educação permanente similares sejam fomentadas e difundidas para outros contextos de formação e prática na APS, para que novas experiências e mais estudos permitam melhor avaliar a possível generalização dos resultados observados na presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Lopes JMC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso GDF, Lopes JMC, eds. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012:1-11.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
3. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *The New England journal of medicine* 2015;372(23):2177-81.
4. Andreson MIP, Castro Filho ED, Rodrigues RD, et al. Bases para expansão e desenvolvimento adequado de programas de Residência em

Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade 2007;3(11):180-98.

5. Anderson MIP, de Castro Filho ED, Rodrigues RD, et al. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade 2007;3(11):180-98.

6. Anderson MIP, Gusso G, de Castro Filho ED. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade Family and Community Medicine: specialists in wholeness. Revista APS 2005;8(1):61-67.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, PNAB. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

8. Moré AOO, Geiser D, Oliveira G, et al. Uso de psicofármacos na comunidade de Santo Antonio de Lisboa: uma abordagem comunitária e interdisciplinar. EXTENSIO - Revista Eletrônica de Extensão 2005; 2(2):1-8.

9. Pinheiro R, Mattos RAd. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde: UERJ, 2006.

10. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Ciencia & saude coletiva 2008;13:195-206.

11. Katerndahl DA. Is your practice really that predictable? Nonlinearity principles in family medicine. The Journal of family practice 2005;54(11):970-7.

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

13. Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. Annals of internal medicine 2002;136(5):374-83.

14. Witt CM, Pach D, Brinkhaus B, et al. Safety of acupuncture: results of a prospective observational study with 229,230 patients and introduction of a medical information and consent form. Forschende Komplementarmedizin 2009;16(2):91-7.

15. Santos MC, Tesser CD. ~~OBJ:OBJ:~~Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Ciencia & saude coletiva 2012;17(11):3011-24.

16. Santos MC, Tesser CD, Moré AO, et al. Implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis com base na co- gestão e educação permanente em saúde. Revista de Saúde Pública de Florianópolis 2014;2(3):20-25.

17. Moré AO, Tesser CD, Li SM. Integrating acupuncture into primary health care – the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. *Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society* 2016(In Press).
18. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciencia & saude coletiva* 2013;18:3595-604.
19. Christensen MC, Barros NF. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. *Rev bras educ med* 2010;34:97-105.
20. Garcia-Escamilla E, Rodriguez-Martin B, Martinez-Vizcaino V. What led health professionals to study and practise acupuncture in Spain? *Health* 2016.
21. Garcia-Escamilla E, Rodriguez-Martin B, Martinez-Vizcaino V. Integration of acupuncture into conventional medicine from health professionals' perspective: A thematic synthesis of qualitative studies. *Health* 2016;20(2):176-200.
22. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
23. Bloor M. *Focus groups in social research*: Sage, 2001.
24. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis (Rio J)* 2009;19(3):777-96.
25. Muhr T. *ATLAS/ti the knowledge workbench. V 5.0 Quick tour for beginners*. Berlin: Scientific Software Development, 2004.
26. da Silva JB, Saidah R, Megid CB, et al. Teaching acupuncture to medical students: the experience of Rio Preto Medical School (FAMERP), Brazil. *Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society* 2013;31(3):305-8.
27. Amadera JE, Pai HJ, Hsing WT, et al. The teaching of acupuncture in the University of Sao Paulo School of Medicine, Brazil. *Revista da Associacao Medica Brasileira* 2010;56(4):458-61.
28. Wu J, Lu Z, Hayes M, et al. Integration of acupuncture into family medicine teaching clinics. *Journal of alternative and complementary medicine* 2009;15(9):1015-9.
29. Donald GK, Mackereth P, Tobin I. Medical students and acupuncture: a short sharp placement experience! *Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society* 2010;28(1):12-5.

30. Sheldrake R. *The science delusion*: Coronet, 2012.
31. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *Bmj* 2001;323(7313):625-8.
32. Schroen Y, Wietmarschen HA, van Wang M. East is East and West is West, and never the twain shall meet? *Science* 2014;346(6216):S10-S12.
33. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 1997;7:13-43.
34. Camargo Jr KR. *Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec 2003.
35. Kim KH, Lee BR, Ryu JH, et al. The role of acupuncture in emergency department settings: a systematic review. *Complementary therapies in medicine* 2013;21(1):65-72.
36. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.
37. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública* 2008;42(5):914-20.
38. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2006;10:61-76.
39. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
40. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4ª ed ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.
41. Clarke AE, Shim JK, Mamo L, et al. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 2003;68(2):161-94.
42. Tesser C. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. Saúde em debate: Hucitec, 2010.
43. Camargo Jr KRd. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad saúde pública* 2013;29(5):844-46.
44. Mattos RAd. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de saúde pública* 2004;20:1411-16.
45. Nogueira MI. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: Pinheiro R, Silva JR, eds. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC;IMS/UERJ; ABRASCO, 2010.

46. Mota DDS. A Eficácia da Acupuntura: uma abordagem para além da técnica Universidade Federal Fluminense., 2009.
47. Charmaz K. Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis (Introducing Qualitative Methods series): Sage Publications Ltd, 2006.
48. Bryman A. Social Research Methods. 4 ed. Oxoford: Oxford University Press, 2012.
49. Luz MT, Barros NF. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. . Rio de Janeiro: : UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO COMPLEMENTARES DOS RESULTADOS

A partir dos dados apresentados nos artigos desta tese é possível uma discussão a partir dos autores de referência com intuito de ampliar a compreensão do fenômeno estudado. São utilizadas aqui as ideias de Luz, Polanyi e Fleck. Antes de entrar no debate dos resultados dos grupos focais à luz destes referenciais, cabe ressaltar alguns achados referentes ao processo de elaboração do programa do curso.

No debate com os especialistas na oficina de consenso, houve preferência por parte dos especialistas em utilizar um modelo de ensino da acupuntura na lógica da educação continuada. Nesse sentido, há uma tendência do meio médico especializado e em outras áreas de se valorizar atividades neste lógica (COLLARES et al., 1999; DE CAMPOS; BELISÁRIO, 2001), ou seja, o ensino de técnicas ou protocolos em circuitos simples de aprendizado (ARGYRIS, 1976).

A partir das ideias Fleck sobre os círculos eso-exotéricos do processamento do saber, podemos considerar que o ensino através de educação continuada propicia a passagem de informações de forma unidirecional do círculo esotérico interno (especializado/dominante do saber) para o círculo esotérico mais externo (uso clínico da informação), com as características inevitáveis desse movimento descritas por Fleck (a saber, simplificação, esquematização, dogmatização e sistematização do saber), fazendo com que o aluno replique a informação com um baixo grau de reflexão ou problematização da prática (DE CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; FLECK, 2010). Além disso, esta forma de ensino não favorece o reconhecimento e valorização de outros possíveis coletivos/estilos de pensamento, e pelo contrário, apenas confirma as ideias já presentes no coletivo/estilo dominante (ARGYRIS; SCHÖN, 1978; FLECK, 2010).

As discussões sobre metodologias de ensino são frequentes em diferentes áreas do conhecimento e, no contexto da saúde, alguns autores sugerem que as metodologias ativas de ensino promovem maior efetividade do processo de aprendizagem (MITRE et al., 2008). A este respeito, a lógica da educação permanente em saúde vem ao encontro das propostas das metodologias ativas. Como observado na presente pesquisa, optou-se por manter o ensino introdutório da acupuntura através da estratégia da educação permanente. Esta opção também foi

corroborada por alguns especialistas da oficina de consenso sobre o programa do curso de introdução à acupuntura.

Sobre as repercussões do processo de educação permanente em acupuntura, estas serão discutidas em três partes, as quais que correspondem aos momentos de realização dos grupos focais deste trabalho. Na primeira parte, correspondente ao grupo focal pré-curso, identificou-se que todos os participantes não haviam sido formalmente apresentados a conhecimentos da Acupuntura/MTC. Além disso, verificou-se que, segundo o conceito de Polanyi, os conhecimentos explícito (teórico) e tácito (prático/habilidades) dos participantes estavam ligados a racionalidade médica da biomedicina (como descreve Luz). A partir de Fleck, pode-se sugerir que a maior parte dos participantes, por terem formação em medicina de família e comunidade, compartilhava de um coletivo de pensamento comum, bem como possuía um estilo de pensamento semelhante (ambos ligados à biomedicina, ou a MFC, dentro dela).

Uma informação também relevante que diz respeito ao grupo focal pré-curso era a motivação dos participantes. Neste caso, o fato dos médicos mostrarem-se motivados e abertos a novos conhecimentos pode relacionar-se também a uma característica do estilo de pensamento destes profissionais. A figura 11 A e B esquematiza as características do momento pré-curso com base nos conceitos teóricos dos autores.

Quanto aos dados obtidos no grupo focal 2, momento no qual o participantes já tinham sido introduzidos a aspectos teórico-práticos das racionalidades da MTC e da biomedicina (Figura 11 C e D), nesse momento, paralelamente aos conhecimentos biomédicos, os participantes passaram a integrar um novo coletivo de pensamento (e estilo atrelado a este) composto pelos saberes da MTC. Chegou-se a esta inferência devido a capacidade demonstrada pelos médicos de utilizar, em algumas situações, prescrições de pontos de acupuntura com base na racionalidade da MTC.

Devido ao caráter introdutório do curso, corroborado pela percepção dos médicos de pouco domínio sobre o diagnóstico em MTC, pode-se estimar que os participantes estivessem situados nas zonas mais exotéricas dos círculos de saber atrelados ao coletivo de pensamento da MTC. Além disso, o relato dos participantes sobre a reinterpretação de alguns conhecimentos vistos durante a formação médica (principalmente na área musculoesquelética) indica uma influência sobre o estilo de pensamento biomédico, o qual não chegou a ser substituído.

O que parece ter acontecido foram suaves coerções novas no perceber dirigido¹⁰ a algumas situações do contexto biomédico (ex. avaliação e abordagem de síndromes dolorosas do aparelho locomotor). Ainda sobre os achados do grupo focal 2, percebeu-se que os participantes começaram a trazer os aspectos teóricos aprendidos no curso (conhecimento explícito) para a aplicação prática da acupuntura (conhecimento tácito) em alguns pacientes selecionados.

Trazendo os resultados de outros trabalhos para esta discussão, Perreiras (2006), ao analisar a obra de Fleck, descreve que o trânsito intercoletivo de ideias ocorre (de forma facilitada) quando um indivíduo pertence a diferentes coletivos de pensamento. No caso da presente pesquisa, isto estaria representado pelo trânsito de informações entre os coletivos da MTC e Biomedicina, o qual favorece que os participantes adotem uma postura híbrida¹¹. Corroborando com esta observação, Lupinacci e Cutolo (2011), verificaram que profissionais formados pelo modelo biomédico, ao aprenderem acupuntura, tornam-se transitantes entre um estilo de pensamento tradicional (MTC) e um estilo científico (biomédico) (LUPUNACCI; CUTOLO, 2011).

Considerando-se os dados encontrados no terceiro grupo focal (oito meses pós curso), pode-se inferir que houve, na maior parte dos participantes, a consolidação da circulação de informações entre os coletivos de pensamento biomédico e MTC. Além disso, com a utilização da acupuntura para diferentes casos ao longo deste período, os participantes tornaram-se menos exotéricos (mais próximos dos centros especializados) no círculo de saber da MTC (mas ainda com pouco domínio teórico sobre o assunto). Em relação à biomedicina, as leves novas coerções de estilo de pensamento trazidas com o curso também consolidaram-se, permitindo assim a resignificação de algumas práticas biomédicas (Figura 11 E). Esta observação correlaciona-se, por exemplo, com a mudança percebida pelos médicos no manejo de pacientes com problemas musculoesqueléticos.

Também condizente com a experiência descrita pelos participantes, observou-

se que a prática da acupuntura no período pós-curso (desenvolvimento de habilidades a nível tácito) trouxe novos aprendizados. Estes, por sua vez, auxiliaram na melhor compreensão de

¹⁰ Perceber dirigido é uma das expressões que Fleck utiliza para conceituar estilo de pensamento (Fleck, 2010).

¹¹ Conforme descrita por Barros (2002), a postura híbrida refere-se a profissionais que utilizam diferentes racionalidades para o cuidado clínico.

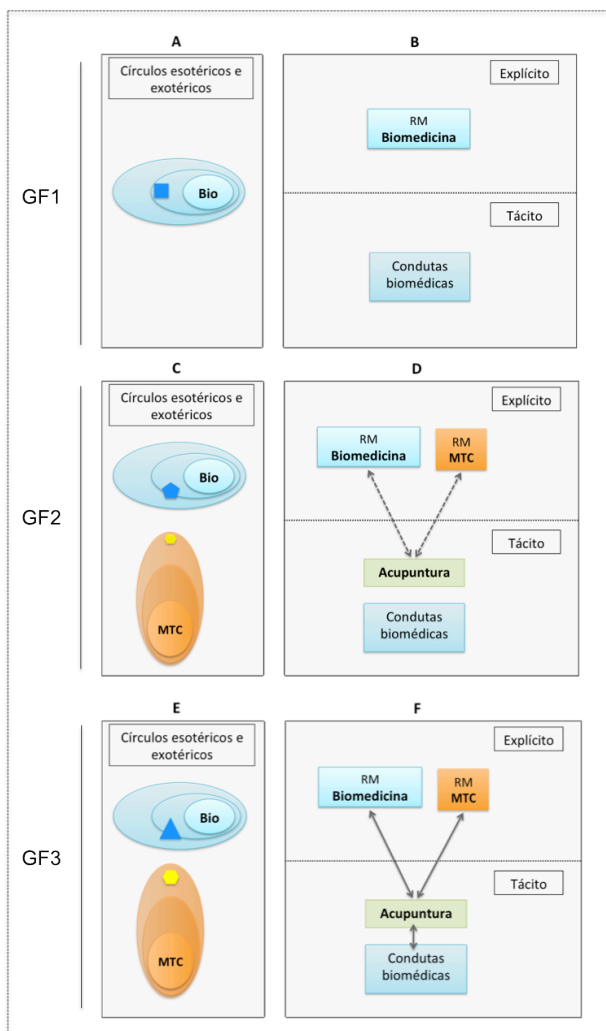
aspectos teóricos de ambas as racionalidades, o que facilitou a integração da acupuntura junto às demais condutas biomédicas do cotidiano da APS (Figura 11 F).

Notou-se que o ensino da acupuntura através da educação permanente foi capaz de produzir ao menos parcialmente uma interconexão tácito-explicita do conhecimento. Esta observação é discutida por outros estudos, os quais relatam que indivíduos e organizações conseguem obter melhores resultados na aprendizagem quando são adotadas estratégias de ensino que estimulam a integração de teoria e prática (ARGYRIS, 2008; BEHR; NASCIMENTO, 2008).

Em suma, entende-se a partir dos achados do estudo e das interpretações acima que o ensino da acupuntura (na lógica da educação permanente) permitiu introduzir os participantes a um novo estilo/coletivo de pensamento (MTC) que passou a coexistir com o biomédico. Isto facilita a circulação (intercoletiva) de ideias entre o coletivo de pensamento da MTC e o biomédico. Condizente com esta reflexão estão os dados empíricos referentes a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença apresentadas nos artigos desta tese.

Em paralelo às observações acima, está o uso da categoria racionalidade médica na organização dos aspectos teóricos da MTC e Biomedicina, os quais durante o ensino da acupuntura são integrados ao conhecimento explícito dos médicos. Conforme descrito pelos participantes do estudo, esse parece ter sido um facilitador deste processo, pois ofereceu uma forma de conciliar (de forma não conflituosa) o ensino de um sistema médico tradicional e outro moderno aplicados à acupuntura. Por fim, a conexão entre conhecimento tácito e explícito, favorecida pela lógica da educação permanente, correlacionou-se às observações de uso prático da acupuntura e de posicionamento reflexivo dos participantes sobre o uso de diferentes saberes médicos.

Figura 11 – Ilustração das repercussões da participação de médicos da APS no curso de introdução à acupuntura com base nos conceitos de Fleck, Polanyi e Luz. A, C e E representam a posição do participante em referência aos círculos eso e exotéricos dos coletivos de pensamento da biomedicina (Bio) e medicina tradicional chinesa (MTC). B, D e F referem-se aos aspectos teóricos das racionalidades médicas (RM) que integram o conhecimento explícito, além das condutas biomédicas e prática da acupuntura que integram o conhecimento tácito. GF=grupo focal.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo as aproximações de pesquisa que analisaram o processo ensino-aprendizagem em acupuntura e suas repercussões na prática de médicos da APS em Florianópolis permitiram alcançar as seguintes conclusões:

1- O ensino da acupuntura por meio da estratégia de educação permanente auxiliou no aumento progressivo do registro de sessões de acupuntura na atenção primária à saúde de Florianópolis no período entre 2011 e 2015. A maior parte (81%) dos médicos que concluíram uma das três edições da educação permanente em acupuntura, e que continuaram trabalhando na APS em Florianópolis, passou utilizar este recurso terapêutico na sua prática clínica. Além disso, em 2015, a maioria dos registros (58%) de acupuntura na APS do município foram realizadas por médicos que participaram da educação permanente.

2- A experiência de incorporação da acupuntura descrita por médicos efetivos da APS mostrou que estes profissionais passaram a integrar princípios básicos da acupuntura na sua prática clínica através das óticas da MTC e da biomedicina. O atendimento dos usuários do SUS ocorreu tanto por meio de consultas agendadas como no acolhimento de demanda espontânea. A acupuntura foi utilizada pela maior parte dos médicos como auxílio terapêutico em alguns pacientes selecionados. O tratamento foi ofertado para diferentes situações clínicas, principalmente nas disfunções musculoesqueléticas.

3- A participação da atividade de educação permanente auxiliou os médicos da atenção primária, através da prática da acupuntura, a ampliar o olhar sobre o processo saúde-doença. Isto refletiu-se no desenvolvimento de uma postura reflexiva sobre o uso dos saberes das racionalidades biomédica e MTC.

4- A experiência de ensino-aprendizagem em acupuntura durante a formação de médicos residentes em MFC evidenciou que o uso desta modalidade terapêutica favoreceu a pluralização dos cuidados. Os residentes passaram a reconhecer as potencialidades de uso da acupuntura para situações comuns da APS. Todos os participantes, ao final da residência, utilizavam recursos da acupuntura no manejo de alguns de seus pacientes através do olhar da biomedicina e da MTC.

Considerando os principais achados desta pesquisa cabe ressaltar alguns aspectos que foram comuns às experiências de participação no curso de introdução à acupuntura relatadas pelos médicos efetivos da APS e residentes de MFC. A incorporação de uma nova ferramenta de

cuidado e a percepção de aumento da resolubilidade na APS foram aspectos destacados por ambos os grupos de profissionais. A dificuldade no início do curso com aspectos teóricos relacionados à MTC também foi relatada pelos dois grupos. Nesse aspecto, tanto residentes como médicos efetivos da APS descreveram que necessitariam de mais estudo para apreender outros aspectos da racionalidade MTC. Contudo, ambos grupos demonstraram habilidades de utilizar princípios da medicina chinesa para chegar a uma prescrição de pontos através desta racionalidade, principalmente através do trajeto de meridianos, função de pontos de acupuntura e teoria dos órgãos internos e substâncias fundamentais.

Outro aspecto similar entre os médicos da APS e residentes foi a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença. Neste caso, ambos os grupos, por possuírem ou estarem em formação em MFC, já tinham uma propensão a este processo, típica de quem opta por trabalhar na APS. Sendo assim, o que o curso de introdução à acupuntura promoveu foi a identificação da MTC como outra possível forma de abordagem do processo saúde-doença.

Uma certa angústia relatada por médicos de ambos os grupos era a dificuldade no manejo de pacientes com sintomas médicos inexplicáveis (pelo modelo biomédico), problemas de origem emocional e dores crônicas. Nesse sentido a acupuntura, tanto como recurso terapêutico quanto através das diferentes racionalidades que permeiam o sua aplicação, veio a preencher (pelo menos de forma parcial) uma importante lacuna que acompanha os profissionais formados pelo modelo biomédico convencional.

Além da pluralidade terapêutica promovida através do ensino teórico-prático da MTC, a participação no curso trouxe ainda o resgate e ressignificação de conhecimentos biomédicos não esperados pelos participantes. Isso ocorreu por meio da exposição de informações científicas compiladas e sistematizadas pelas abordagens da acupuntura médica ocidental e neurofuncional. Ambas abordagens, através da demonstração que o próprio organismo tem formas naturais (ou endógenas) de recuperação que podem ser potencializadas através do estímulo da acupuntura, criaram novas perspectivas diagnósticas e terapêuticas para os participantes. Desta forma, a utilização de dimensões da racionalidade biomédica para ensino da acupuntura também foi reconhecida pelos residentes e médicos efetivos como relevantes para o processo de ensino-aprendizagem.

Uma das preocupações no campo de ensino da acupuntura é o possível conflito ou tentativa de dominação do saber científico moderno

em relação às práticas relacionadas a sistemas médicos tradicionais. A esse respeito, percebeu-se, através do relato de ambos os grupos de médicos, que tanto conhecimento científico biomédico quanto conceitos e práticas da MTC foram utilizados de forma sinérgica, complementar e não conflituosa. Esse parece ter sido um dos principais pontos de confluência dos relatos dos médicos efetivos e residentes. A partir destes achados, três principais fatores podem ter influenciado o uso integrado de MTC e biomedicina: 1- os grupos serem compostos por médicos abertos a novos conhecimentos e práticas diferente da racionalidade biomédica; 2- o curso ter sido ministrado por professores que tem uma postura também aberta às diferentes racionalidades e 3- a utilização da categoria racionalidade médica como modelo teórico de ensino.

Os relatos de médicos efetivos e residentes apresentaram em sua maior parte semelhanças, uma vez que ambos os grupos participaram do mesmo curso. É evidente que as descrições do grupo de médicos efetivos foi mais detalhada devido ao maior número de grupos focais realizado. De qualquer maneira, a verificação de achados semelhantes na análise dos dados do grupo focal feito com residentes auxilia a ratificar os achados encontrados junto aos médicos efetivos.

Poucas foram as diferenças encontradas entre os grupos de participantes, entre estas a que ficou mais evidente foi o enfoque dado às possíveis interfaces do uso da acupuntura no contexto da APS. Enquanto os médicos efetivos ressaltaram a importância da acupuntura como uma ferramenta de cuidado clínico para situações comuns da APS, os residentes deram uma maior ênfase aos possíveis impactos sociais da prática da acupuntura, principalmente em relação a redução da medicalização social. Esta diferença pode ter ocorrido pelos diferentes momentos de vida em passavam os grupos no período de realização do curso. Os médicos efetivos já tinham em média mais de dez anos de prática e poderiam estar mais engajados com a questão de aprimoramento profissional e melhora da qualidade da oferta dos cuidados. Por outro lado, os residentes, com pouco mais de dois anos de formados, estavam engajados ou tinham identificação com movimentos políticos de transformação social (dados registrados em diário de campo). A partir destas observações pode-se inferir que estas características de ambos os grupos tenha sido um dos fatores que contribuíram para a diferença observada nos relatos.

Uma vez apontadas as aproximações e diferenças em cada grupo de sujeitos envolvidos neste trabalho, cabe ressaltar aspectos relacionados ao processo de construção do curso de introdução à

acupuntura. Um dos fatores que chamou a atenção no estudo foi a importância da familiarização dos professores do curso com a lógica de educação permanente. A ideia inicial do projeto era a de fazer um treinamento em técnicas de acupuntura, ou seja, buscar que os médicos reproduzissem procedimentos de agulhamento que pudessem ser úteis no tratamento de problemas comuns da APS. A medida que se passou a conhecer melhor o processo de educação permanente, a proposta de ensino de acupuntura tomou uma nova dimensão. Nesse sentido, passaram-se a conhecer as diferenças entre as atividades de educação continuada e educação permanente, e qual o propósito de cada uma.

Acompanhado a evolução do processo ensino percebeu-se que a cada edição realizada do curso houve um progresso e otimização da aprendizagem dos alunos. Isso foi influenciado tanto pelas sugestões dos participantes para melhorias no curso quanto pelas críticas dos especialistas que estiveram presentes nas oficinas de consenso de debate sobre a atividade. Todas estas abordagens auxiliaram qualificar processo educativo em acupuntura.

A partir do que se observou até o momento na literatura, esta experiência de ensino da acupuntura na lógica da educação permanente é inédita na área. Dentro desta ótica, é possível e recomendável que outros municípios busquem replicar esta experiência. Desta forma, novos estudos poderiam avaliar a replicabilidade dos resultados da presente pesquisa em outros contextos, além de expandir as análises para variáveis quantitativas que possam mensurar impactos nas gestão e em diferentes indicadores de saúde.

Em relação a possibilidade de expansão do curso para outros municípios, é importante considerar que os resultados encontrados na pesquisa também são atribuídos ao contexto onde ele foi desenvolvido. Neste caso, o município de Florianópolis, através de princípios de cogestão e educação permanente aliado a um investimento na qualificação da APS, forneceu um ambiente propício para que as PICs fossem ampliadas na atenção primária. Portanto, outras cidades devem levar em consideração que o ensino da acupuntura na APS sem um contexto favorável pode ser um fator limitante para replicação desta experiência.

O presente trabalho também trouxe uma experiência de cooperação interinstitucional que merece destaque. A parceria entre UFSC e SMS Florianópolis permitiu, do ponto de vista acadêmico, a integração dos eixos de ensino, pesquisa e extensão. Estes ocorreram através de projetos de extensão - que viabilizaram a realização do curso de introdução à acupuntura; projeto de pesquisa - do qual faz parte este

estudo e; ensino - que envolveu a participação de estudantes de medicina da liga acadêmica de acupuntura da UFSC em partes deste projeto, bem como na participação do curso.

A cooperação interinstitucional também auxiliou a promover o fortalecimento de princípios preconizados no processo de educação permanente em saúde. Isso refletiu-se na integração dos eixos de ensino, atenção à saúde e gestão, observados desde o processo de elaboração do curso até suas repercussões da prática clínica dos profissionais. A esse respeito, notou-se que o eixo de controle social (também importante na educação permanente) não teve ligação direta ao processo. Desta maneira, é recomendável que em iniciativas futuras se avaliem formas de inclusão do controle social no processo. Uma das possíveis formas seria através de grupos de discussão com os usuários sobre os benefícios observados com o ensino da acupuntura para os médicos da APS. Além disso, os usuários também poderiam contribuir com a sugestão de espaços e formas nas quais a acupuntura poderia ser integrada na rede de saúde.

Por fim, cabe ressaltar que o avanço trazido por esta pesquisa para o campo da saúde coletiva está na criação de uma forma de expansão da acupuntura na atenção primária através da educação permanente. Esta mostrou-se viável tanto para o ensino de médicos que já trabalhavam na APS quanto para residentes em MFC. Os profissionais que participaram da educação permanente passaram a integrar a acupuntura na sua prática em alguns casos selecionados, o que refletiu-se no aumento do registro desta modalidade terapêutica na APS. O conjunto dos resultados deste estudo nos levaram a compreensão de que a educação permanente em acupuntura, mais do que o ensino de uma técnica, foi uma forma de estimular a busca de novos conhecimentos, o que auxiliou o desenvolvimento profissional dos médicos da APS.

REFERÊNCIAS

AHN, A. C.; KAPTCHUK, T. J. Advancing acupuncture research. *Altern Ther Health Med*, v. 11, n. 3, p. 40-5, May-Jun 2005.

ALVARENGA, A. T.; IORIO, R. C.; YAMAMURA, Y. Acupuntura no currículo médico: visão de estudantes de graduação em Medicina. *Rev. Bras. Educ. Med*, v. 28, n. 3, p. 223-33, 2004.

AMADERA, J. E. et al. The teaching of acupuncture in the University of Sao Paulo School of Medicine, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*, v. 56, n. 4, p. 458-61, Jul-Aug 2010.

AMIN, M.; MABE, M. Impact factors: Use and Abuse. *Perspectives in Publishing*, v. 1, n. 1, p. 1-6, 2000.

ANDRESON, M. I. P. et al. Bases para expansão e desenvolvimento adequado de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 3, n. 11, p. 180-198, 2007.

ARAÚJO, R. F.; ALVARENGA, L. A bibliometria na pesquisa científica da pós-graduação brasileira de 1987 a 2007. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, v. 16, n. 31, p. 51-70, 2011.

ARGYRIS, C. Single-loop and double-loop models in research on decision making. *Administrative science quarterly*, p. 363-375, 1976.

_____. *Teaching smart people how to learn*. Boston: Harvard Business Review Press, 2008.

ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. A. *Organizational learning: A theory of action perspective*. Addison-Wesley Reading, MA, 1978.

BASTED, D. L. *Wu Ji, o Vazio Primordial: a cosmologia daoísta e a medicina chinesa*. 2003. (Tese de Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BEHR, R. R.; NASCIMENTO, S. P. A gestão do conhecimento como técnica de controle: uma abordagem crítica da conversão do conhecimento tácito em explícito. *Cadernos Ebape. br*, v. 6, n. 1, 2008.

BEN-ARYE, E. et al. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Educ Couns*, v. 70, n. 3, p. 395-402, Mar 2008.

BLOOR, M. *Focus groups in social research*. Thousand Oaks: Sage, 2001.

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

_____. Portaria 971, de 06 de maio de 2006: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>>. Acesso em 02 abr. 2013., 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família. 2015a. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998>. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. Sala de apoio à gestão estratégica (SAGE). Equipes da Saúde da Família Brasília. Brasília, 2015b. Disponível em: < <http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: Jan 5 2016.

- BRYMAN, A. *Social Research Methods*. 4ed. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- CAMPBELL, A. *Acupuncture in practice: beyond points and meridians*. Edinburgh: 2001.
- CARNEIRO, N. M. *Fundamentos da Acupuntura Médica*. Florianópolis: Sistema, 2001.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saude, EducSaude, Educ*, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.
- _____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cien Saúde Colet*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CHARMAZ, K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis (Introducing Qualitative Methods series)*. Sage Publications Ltd, 2006. ISBN 0761973532.
- CHO, J. Y.; LEE, E.-H. Reducing confusion about grounded theory and qualitative content analysis: Similarities and differences. *The Qualitative Report*, v. 19, n. 32, p. 1, 2014.
- CHRISTENSEN, M. C.; BARROS, N. F. *O ensino de medicinas alternativas e complementares em escolas médicas* Campinas: UNICAMP, 2008.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A.; GERALDI, J. W. Educação continuada: a política da descontinuidade. *Educação & Sociedade*, v. 20, n. 68, p. 202-219, 1999.
- COLLINS, H. *Tacit and explicit knowledge*. University of Chicago Press, 2010. ISBN 0226113825.

COLQUHOUN, D.; NOVELLA, S. P. Acupuncture is theatrical placebo. *Anesth Analg*, v. 116, n. 6, p. 1360-3, Jun 2013.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, p. s14-s27, 2010.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

COSTI, J. M. Impacto de um curso de introdução à acupuntura em aspectos da prática clínica de médicos da atenção primária à saúde de Florianópolis. 2016. (Mestrado). Pós-graduação em Saúde Coletiva, UFSC, Florianópolis.

COSTI, J. M. et al. Teaching acupuncture: the Brazilian Medical Residency Programme. *Acupunct Med*, v. 30, n. 4, p. 350-3, Dec 2012.

COSTI, J. M. et al. Teaching acupuncture: the Brazilian Medical Residency Programme. *Acupunct Med*, Sep 18 2012.

COUTO, C. L. M. Grupo de Estudos de Acupuntura Neurofuncional - GEANF. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <
<http://www.acuneuro.com.br/site/pt/acupuntura-neurofuncional> >. Acesso em: 20 mar. 2016.

CUMMINGS, M. Modellvorhaben Akupunktur--a summary of the ART, ARC and GERAC trials. *Acupunct Med*, v. 27, n. 1, p. 26-30, Mar 2009.

DA ROS, M. A. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DA SILVA, J. B. et al. Teaching acupuncture to medical students: the experience of Rio Preto Medical School (FAMERP), Brazil. *Acupunct Med*, v. 31, n. 3, p. 305-8, Sep 2013.

DA SILVA, J. B. G.; YOSHIKUMI, A. M.; ROBINSON, N. Integrative medicine, integrative acupuncture. *European Journal of Integrative Medicine*, v. 2, n. 5, p. 83-86, 2013.

DE ARRUDA CAMPOS, C. V.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

DE CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, 2001.

DE CARVALHO, J. A. et al. Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. *Ensino, Saúde e Ambiente*, v. 3, n. 1, 2010.

DELIZOICOV, D. et al. Sociogênese do conhecimento e pesquisa em ensino: contribuições a partir do referencial fleckiano. *Caderno Brasileiro de Ensino de Física*, v. 19, p. 52-69, 2002.

DIRKZWAGER, A. J.; VERHAAK, P. F. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Fam Pract*, v. 8, p. 33, 2007.

DONALD, G. K.; MACKERETH, P.; TOBIN, I. Medical students and acupuncture: a short sharp placement experience! *Acupunct Med*, v. 28, n. 1, p. 12-5, Mar 2010.

DORFER, L. et al. A medical report from the stone age? *Lancet*, v. 354, n. 9183, p. 1023-5, Sep 18 1999.

ENCARNAÇÃO, A.; PINTO, H.; FERREIRA, H. P. Changing the paradigm—Teaching Western Style Acupuncture in Portugal. *Acupuncture and Related Therapies*, v. 2, n. 1, p. 19-24, 2014.

ERNST, E. Acupuncture: what does the most reliable evidence tell us? *J Pain Symptom Manage*, v. 37, n. 4, p. 709-14, Apr 2009.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. *Contexto Educ (Ijuí)*, v. 7, n. 2, p. 19-24, 1987.

FERREIRA, M. V. O que é acupuntura? São Paulo: Brasiliense, 1993.

FERREIRA, W. H. et al. Acupuntura Craniana de Yamamoto na Rede Municipal de Saúde de Campinas. . VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro.

FLECK, L. Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FLICK, U. An introduction to qualitative research. Sage, 2009. ISBN 1446205622.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria/SS/Gab/ nº 010/2010. Nomeação da Comissão de Implantação do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. . 2010. Disponível em: < http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/16_03_2010_15.32.12.a61c718b46ac622e2d88ba1e85be5552.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Ministério da Saúde oficializa: Floripa é 100%. 2015. Disponível em: < <http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=13824> >. Acesso em: 10. mar 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Florianópolis - PIC Floripa. 2016. Disponível em: < <http://picfloripa.blogspot.com.br> >. Acesso em: 20. mar. 2016.

FRANCO, C. A. G. D. S.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. S. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 38, p. 221-230, 2014.

FRUEHAUF, H. Chinese Medicine in Crisis: Science, Politics and the Making of "TCM". The Journal of Chinese Medicine, p. 6-14, 1999.

FURLAN, A. D. et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain. Cochrane Database Syst Rev, n. 1, p. CD001351, 2005.

GARCIA-ESCAMILLA, E.; RODRIGUEZ-MARTIN, B.; MARTINEZ-VIZCAINO, V. Integration of acupuncture into

conventional medicine from health professionals' perspective: A thematic synthesis of qualitative studies. *Health (London)*, v. 20, n. 2, p. 176-200, Mar 2016.

GLASER, B. G.; HOLTON, J. Remodeling grounded theory. *Historical Social Research/Historische Sozialforschung*. Supplement, p. 47-68, 2007.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Transaction publishers, 1967.

GRANET, M. *O pensamento chinês*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

GUBA, E. G. *The paradigm dialog*. Sage Publications, 1990.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR, K. R. D. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1093-1103, 2006.

HALL, J. J.; TAYLOR, R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Medical Journal of Australia*, v. 178, n. 1, p. 17-20, 2003.

HAMMERSCHLAG, R. et al. Randomized Controlled Trials of Acupuncture (1997-2007): An Assessment of Reporting Quality with a CONSORT- and STRICTA-Based Instrument. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, p. 1-25, 2011.

HAN, J. S.; HO, Y. S. Global trends and performances of acupuncture research. *Neurosci Biobehav Rev*, v. 35, n. 3, p. 680-7, Jan 2011.

HSU, E. *The transmission of Chinese Medicine*. UK: Cambridge University Press, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Florianópolis. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. 2010.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.

IORIO, R. D. C.; SIQUEIRA, A. A. F. D.; YAMAMURA, Y.
Acupuntura: motivações de médicos para a procura de especialização.
Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, p. 247-254, 2010.

JHA, S. R. The tacit-explicit connection: Polanyian integrative philosophy and neo-polanyian medical epistemology. *Theoretical Medicine and Bioethics* n. 19, p. 547–568, 1998.

JOOS, S.; MUSSELMANN, B.; SZECSENYI, J. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey. *Evid Based Complement Alternat Med*, v. 2011, p. 495813, 2011.

JULLIEN, F. Figuras da imanência: para uma leitura filosófica do I ching, o clássico da mutação. São Paulo: Editora 34, 1997.

_____. Um sábio não tem idéia
. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

KOOREMAN, P.; BAARS, E. W. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ*, Jun 22 2011.

LAGE, A. L. O conhecimento tácito
. In: BURNHAM, T. F. e GALEFFI, D. A. (Ed.). *Epistemologia, Construção e Difusão do Conhecimento: Perspectivas em Ação*. Salvador: EDUNEB, v.1, 2011. p.301-321.

LANGEVIN, H. M. et al. Paradoxes in acupuncture research: strategies for moving forward. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, p. 11, 2011.

LINDE, K. et al. Acupuncture for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 1, p. CD001218, 2009a.

_____. Acupuncture for tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 1, p. CD007587, 2009b.

LIRA, G. V. Para que serve a acupuntura? Uma síntese das evidências. XX Congresso Brasileiro de Acupuntura, 2015, Salvador. CMBA.

LIU, G. W. Tratado contemporâneo de acupuntura e moxibustão São Paulo: CEIMEC, 2005.

LOPES, J. M. C. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G. D. F. e LOPES, J. M. C. (Ed.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.1-11.

LÖWY, I. The Polish school of philosophy of medicine: from Tytus Chalubinski (1820–1889) to Ludwik Fleck (1896–1961). Springer Science & Business Media, 2012.

LUPUNACCI, N.; CUTOLO, L. R. A. Estilos de Pensamento em Acupuntura: uma análise epistemológica. Saúde & Transformação Social, v. 1, n. 3, p. 47-58, 2011.

LUZ, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas Cadernos de Sociologia, v. 7, p. 109-128, 1995.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. . Rio de Janeiro: : UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J Med, v. 372, n. 23, p. 2177-81, Jun 4 2015.

MACIOCCO, G.; STEFANINI, A. From Alma-Ata to the Global Fund: the history of international health policy. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 7, p. 479-486, 2007.

MACPHERSON, H. et al. Acupuncture Research. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2007.

MACPHERSON, H. et al. Unanticipated Insights into Biomedicine from the Study of Acupuncture. J Altern Complement Med, v. 22, n. 2, p. 101-7, Feb 2016.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ, v. 353, p. i2139, 2016.

MANN, F. Reinventing acupuncture: a new concept of ancient medicine. 2. Oxford: Libraro Congress, 2000.

MAO, J. J. et al. A gain in cultural competence through an international acupuncture elective. *Fam Med*, v. 39, n. 1, p. 16-8, Jan 2007.

MARTENSSON, L.; KVIST, L. J.; HERMANSSON, E. National survey of how acupuncture education is organised for Swedish midwives. *Midwifery*, v. 27, n. 1, p. 93-8, Feb 2011.

MARTINS, R. M. K. Pedagogia e andragogia na construção da educação de jovens e adultos. *Revista de Educação Popular*, v. 12, n. 1, 2013.

MATHISON, S. Why triangulate? *Educational researcher*, v. 17, n. 2, p. 13-17, 1988.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, v. 1, 2006.

MCKIBBON, K. A. et al. A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel? *Implement Sci*, v. 5, p. 16, 2010.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, v. 27, p. 27-34, 2013.

MIN, L. S.; COSTI, J. M. Brief presentation of Brazilian medical acupuncture. *J Altern Complement Med*, v. 15, n. 5, p. 471-3, May 2009.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc saúde coletiva*, v. 13, n. 2, p. 2133-44, 2008.

- MORAES, M. R. C. A reinvenção da acupuntura: estudo da transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira. 2007. Mestrado em Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- MORAES, M. R. C. A reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira. 2007. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- MORIN, E.; MATOS, D. Introdução ao pensamento complexo. Sulina Porto Alegre, 2007.
- MOTA, D. D. S. A Eficácia da Acupuntura: uma abordagem para além da técnica 2009. Antropologia, Universidade Federal Fluminense., Rio de Janeiro.
- MUHR, T. ATLAS/ti the knowledge workbench. V 5.0 Quick tour for beginners. Berlin: Scientific Software Development, 2004.
- NOGUEIRA, M. I. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: PINHEIRO, R. e SILVA, J. R. (Ed.). Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC;IMS/UERJ; ABRASCO, 2010.
- NOGUEIRA, S. M. A andragogia: que contributos para a prática educativa? 2004. p. 1-23, Repositório Geral da Universidade de Coimbra.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 2012-2020, 2009.
- NUTLEY, S. M.; DAVIES, H. T. Developing organizational learning in the NHS. Med Educ, v. 35, n. 1, p. 35-42, Jan 2001.
- OOMMAN, S. Contemporary acupuncture in Canada--the McMaster approach. Acupunct Med, v. 24, n. 1, p. 35-6, Mar 2006.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. D. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1801-1811, 2011.

OXFORD. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). 2009. Disponível em: < <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> >. Acesso em: 30 out.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 21, p. 15-36, 2014.

PALMEIRA, G. A acupuntura no ocidente. *Cadernos de saúde pública*, v. 6, n. 2, p. 117-128, 1990.

PARREIRAS, M. M. M. A historiografia da ciência: diagnóstico de um estilo de pensamento segundo as ciências da vida. 2006. (Mestrado em História). Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte.

PATERSON, C. et al. Acupuncture for 'frequent attenders' with medically unexplained symptoms: a randomised controlled trial (CACTUS study). *Br J Gen Pract*, v. 61, n. 587, p. e295-305, Jun 2011.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. In: (Ed.). *Epidemiologia: teoria e prática*: Guanabara Koogan, 2001.

PIRES, D. A.; COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na Atenção Básica: precisão do instrumento de pesquisa. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4525-4534, 2014.

POLANYI, M. *The Tacit Dimension*. The University of Chicago Press, 1966.

QUINTANEIRO, T. *Um toque de clássicos-Marx| Durkheim| Weber*. Editora UFMG, 2003.

RESTON, J. Now, about my operation in Peking; now, let me tell you about my appendectomy in Peking. *The New York Times*, v. July 26, 1971.

RICHARDSON, M.; FREEDMAN, J. A model for acupuncture training in primary care. *Acupunct Med*, v. 23, n. 3, p. 135-6, Sep 2005.

ROHDE, J. et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*, v. 372, n. 9642, p. 950-61, Sep 13 2008.

ROSCHKE, M. A.; BRITO, P.; PALACIOS, M. A. *Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de saúde: manual do educador*. Washington: OPS/OMS, 2002.

ROSS, J. An audit of the impact of introducing microacupuncture into primary care. *Acupunct Med*, v. 19, n. 1, p. 43-5, Jun 2001.

ROSTED, P.; CARROTTE, P. An audit to assess the outcome of a 1-day acupuncture course for dentists. *Eur J Dent Educ*, v. 11, n. 1, p. 23-8, Feb 2007.

RUGG, S. et al. Traditional acupuncture for people with medically unexplained symptoms: a longitudinal qualitative study of patients' experiences. *Br J Gen Pract*, v. 61, n. 587, p. e306-15, Jun 2011.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 3547-3552, 2015.

SANTOS, M. C. *Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis/SC: Implantação, Cogestão e Educação Permanente em Saúde*. 2012. (mestrado). Programa de Pós Graduação em Saude Coletiva da, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saúde Colet*, v. 17, n. 11, p. 3011-2014, 2012.

SANTOS, M. C. et al. Implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis com base na co- gestão e educação permanente em saúde. *Revista de Saúde Pública de Florianópolis*, v. 2, n. 3, p. 20-25, 2014.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade., 2015. Disponível em: <
[http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 5 mar. 2016.

SCI-E. Science Citation Index Expanded. 2014. Disponível em: <
http://thomsonreuters.com/products_services/science/science_products/a-z/science_citation_index_expanded/>. Acesso em: 15 jul. 2014.

SCOTT, W. T.; MOLESKI, M. X. Michael Polanyi : scientist and philosopher Oxford: Library of Congress, 2005.

SHERMAN, K. J. et al. The practice of acupuncture: who are the providers and what do they do? *Ann Fam Med*, v. 3, n. 2, p. 151-8, Mar-Apr 2005.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARKS, H.; TRINIDAD, S. B. Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qual Health Res*, v. 17, n. 10, p. 1372-80, Dec 2007.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STUX, G.; HAMMERSCHALG, R. Acupuntura Clínica - Bases Científicas. São Paulo: Manole, 2005.

TEMPLEMAN, K.; ROBINSON, A. Integrative medicine models in contemporary primary health care. *Complement Ther Med*, v. 19, n. 2, p. 84-92, Apr 2011.

TESSER, C. Medicalização social e atenção à saúde no SUS. In: (Ed.). *Saúde em debate: Hucitec*, v.204, 2010.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, p. 61-76, 2006.

_____. Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, p. 98-104, 2008.

_____. Práticas Complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Caderno de Saúde Pública*, v. 25, n. 8, p. 1732 – 1742, 2009.

_____. Produção de saber, racionalidades médicas e cuidado: ideias iniciais. In: NASCIMENTO, M. C. e NOGUEIRA, M. I. (Ed.). *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. 1ed. São Paulo: Hucitec, v.1, 2013a. p.80-105.

_____. Produção de saber, racionalidades médicas e cuidado: idéias iniciais
. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I., et al (Ed.). *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. São Paulo: Hucitec, 2013b. p.80-105.

_____. Racionalidades Médicas. In: BITTAR, J. P. e MORÉ, A. O. (Ed.). *Manual Clínico de Acupuntura*. São Paulo: Atheneu, 2014. p.209-213.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. 2014, v. 23, n. 3, p. 15, 2014-09-01 2014.

THIAGO S., C.; TESSER, C. D. Family Health Strategy doctors and nurses' perceptions of complementary therapies. *Rev Saude Publica*, v. 45, n. 2, p. 249-57, Apr 2011.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis (Rio J.)*, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRINH, K. V. et al. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 3, p. CD004870, 2006.

ULETT, G. A.; HAN, S.; HAN, J. S. Electroacupuncture: mechanisms and clinical application. *Biol Psychiatry*, v. 44, n. 2, p. 129-38, Jul 15 1998.

UNSCHULD, P. *Medicine in China: a history of ideas*. Berkeley: University of California Press, 1985.

_____. *Nan-Ching – The Classic of Difficult Issues*. Berkeley: University of California Press, 1986.

UNSCHULD, P. U. Traditional Chinese medicine: some historical and epistemological reflections. *Soc Sci Med*, v. 24, n. 12, p. 1023-9, 1987.

VICKERS, A. J. et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med*, v. 172, n. 19, p. 1444-53, Oct 22 2012.

WHITE, A. Western medical acupuncture: a definition. *Acupunct Med*, v. 27, n. 1, p. 33-5, Mar 2009.

WHITE, A.; CUMMINGS, M.; FILSHIE, J. *An Introduction to Western Medical Acupuncture*. London: Churchill Livingstone, 2008.

WHO. *A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group*. 1991. Disponível em: < <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2947e/> >. Acesso em: 30 out

_____. *Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture*. Geneva: World Health Organization, 1999.

_____. *Acupuncture: review and analysis of Reports on Controlled Clinical Trials*. Geneva: World Health Organization, 2003.

_____. *World Health Organization. Traditional medicine strategy: 2014-2023*. Geneva: World Health Organization, 2013.

WITT, C. M. et al. Physician characteristics and variation in treatment outcomes: are better qualified and experienced physicians more

successful in treating patients with chronic pain with acupuncture? *J Pain*, v. 11, n. 5, p. 431-5, May 2010.

YEH, G. Y. et al. Doctor training and practice of acupuncture: results of a survey. *J Eval Clin Pract*, v. 14, n. 3, p. 439-45, Jun 2008.

YONG GUANG, J. The mode of thinking in Chinese clinical medicine: characteristics, steps and forms. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, v. 2, n. 1, p. 23-28, 2001.

ZHANG, Z. J. et al. The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, Jul 24 2009.

ZHAO, Z. Q. Neural mechanism underlying acupuncture analgesia. *Prog Neurobiol*, v. 85, n. 4, p. 355-75, Aug 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 1

Apresentação:

Solicita-se a apresentação dos participantes

Nome, local de graduação, especializações, unidade de saúde onde trabalha atualmente.

Tópicos para discussão com os participantes do grupo:

Experiência prévias com práticas integrativas e complementares;

Caso clínico*: Como você chegaria a uma proposta terapêutica para este caso, Em que aspectos vocês se basearam para a tomada de uma decisão clínica?

Qual a importância da medicina baseada em evidências para tomada decisão clínica?

De que forma a acupuntura pode contribuir para o aumento da resolubilidade na atenção primária à saúde?

O que você entende sobre MTC e Acupuntura?

Motivo de escolha em fazer o treinamento em Acupuntura;

O que o treinamento em MTC/Acupuntura pode fornecer que não encontrará em outros cursos de educação permanente em saúde;

Em que o curso pode ajudar na sua atuação profissional

*Caso Clínico:

.M. C. 38 anos, sexo feminino, “do lar”, casada, 3 filhos, com queixa de ansiedade e insônia. Ela queixa-se que há cerca de dois anos vem apresentando dificuldade em iniciar o sono, além de despertares frequentes e excesso de sonhos agitados. Além disso, relata que progressivamente vem sentindo-se fadigada, com sensação geral de fraqueza; dores difusas pelo corpo; labilidade emocional; sensação de frio; e com a memória “fraca”. Relatou também frequentes sensações de palpitação, transpiração fácil aos pequenos esforços e desconforto abdominal com fezes em geral de consistência amolecida. Nega comorbidades ou internações prévias. Ao exame físico apresenta-se com a tez discretamente pálida, mucosas coradas, normotensa, anictérica, afebril; ausculta cardiorespiratória sem alterações; abdome distendido, timpânico, vísceras impalpáveis; membros inferiores sem edemas; língua ligeiramente pálida com revestimento branco e fino.

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 2

Apresentação

Tópicos para discussão com os participantes do grupo:

Como foi sua experiência em participar do Curso;

Caso clínico: Como você chegaria a uma proposta terapêutica para este caso, Em que aspectos vocês se basearam para a tomada de uma decisão clínica? (mesmo casos do grupo focal 1)

Qual sua reflexão pessoal e profissional ao ter entrado em contato em contato outra racionalidade/ lógica de pensamento presente na MTC/Acupuntura?

Como vocês pensam em utilizar este conjunto de conhecimentos (do curso) na sua prática cotidiana?

Quais os aspectos facilitadores e dificultadores observados por vocês durante o Curso?

Qual sua opinião sobre o conteúdo das aulas teóricas do Curso?

Qual sua opinião sobre as aulas práticas do Curso?

Você já se sente apto para iniciar o tratamento com acupuntura na sua prática cotidiana? De que forma?

O curso interferiu em alguma forma no processo de tomada de decisão clínica? Como?

Como ficaria sua prática profissional se você não tivesse participado do treinamento?

Síntese do que foi discutido no grupo. (agradecer participação, melhorar a EPS ... etapa das entrevistas)

APÊNDICE C - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 3

Qual sua opinião sobre o curso de introdução à acupuntura da SMS?

De que forma o curso/o contato com a acupuntura pode ter influenciado a sua prática?

Você tem conseguido utilizar a acupuntura nos atendimentos da APS?

De que forma?

Quais são os problemas mais comuns em que você utiliza a acupuntura?

Qual sua opinião sobre a Atenção Primária à Saúde (aspectos positivos e negativos)?

Quais são os fatores facilitadores e entraves para uso da acupuntura na APS?

Qual sua opinião sobre a Acupuntura?

Qual sua opinião sobre a Medicina Tradicional Chinesa?

Quais são os principais desafios enfrentados na APS no momento?






De que forma a acupuntura pode auxiliar a enfrentar algum destes estes desafios?

APÊNDICE D - MODELO DE FICHA DE AVALIAÇÃO DE CADA AULA MINISTRADA NO CURSO






AVALIAÇÃO da aula _____

Marque um “x” sobre o item correspondente à sua avaliação:






1. Qual a sua avaliação sobre o conteúdo abordado na aula?

				
1	2	3	4	5






2. Qual a sua avaliação na aquisição de novos conhecimentos e idéias?

				
1	2	3	4	5






3. Qual a sua avaliação sobre a utilidade das informações transmitidas na sua prática profissional?

				
1	2	3	4	5

4. Qual a sua avaliação sobre o número de horas utilizado para abordagem do conteúdo?

				
1	2	3	4	5

5. Qual sua avaliação geral sobre a aula ministrada?

				
1	2	3	4	5

6. Qual conteúdo da aula você teve mais dificuldade em compreender?

7. Você acha que algum conteúdo da aula ministrada deve ser repetido ou reforçado?

Comentários:

APÊNDICE E - EXEMPLO DE FICHA DE FREQUÊNCIA COM PONTOS UTILIZADOS EM AULA PRÁTICA POR UM DOS PARTICIPANTES DA TERCEIRA EDIÇÃO DO CURSO

INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DO MÓDULO PRÁTICO DO CURSO DE ACUPUNTURA PARA MÉDICOS SMS/PMF

Aluno: _____

	DATA	SUPERVISOR	PONTOS/TÉCNICAS TREINADAS
1	03/11/14	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	LI 4 LI 33 LI 14 ST 36 GB 34 KI 3 L3 SPG YINTANG
2	10/11/14	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	KI 4 BG 0 GB 10 dor neuropática ST 36 GB 34 SI 33 m. subaral LI 3 ST 34 m. deturador
3	14/11/14	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	ST 36 GB 34 L3 KI 3 SPG LI 33 GV 24 GB 20 CV 6 SP 30 CV 34 CV 32 SI 33 PONTOS PARAVERTEBRAIS + CANTOS - dor miofascial
4	01/12/14	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	IG 20 SPG SP 9 ST 36 GB 39 KI 3 ST 36 LI 11 SP 30 GB 34 BL 60 GB 33 LI 04 ST 34 GB 41 SP 4
5	26/01/15	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	SP 10 GV 24 GB 40 SP 9 L3 PC 6 GV 20 LI 4 SP 9 BL 60 CV 34 GB 34
6	02/02/15	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	ST 36 SP 30 GV 34 LR 3 LI 4 PC 6 GV 34 LI 11 XIYAN YINTANG PONTOS GATILHOS
7	09/02/15	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	ST 36 SP 9 SP 30 SP 6 XIYAN HEDING LI 33 LI 35 TE 34 LI 20 GB 34 KI 3 LR 3 LU 4 BAFU
8	23/02/15	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	ST 36 SP 9 SP 30 SP 6 XIYAN HEDING LI 33 LI 35 TE 34 ASHI m. bafner SP 4 GB 40 GB 41 GV 20
9	02/03/15	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	ST 36 SP 9 SP 30 SP 6 XIYAN HEDING LI 33 LI 35 TE 34 LU 4 CV 34 BL 62 GB 20 GB 21 ASHI LI 4 YINTANG GB 34 LR 3 amigdal
10	16/03/15	DR. ARG. ART. OJEDA OCAMPO MORENO	ST 36 SP 9 SP 30 SP 6 XIYAN HEDING LI 33 LI 34 LI 35 TE 34 CV 32 GB 34 LR 3 GB 21 PC 6 amigdal GB 30

APÊNDICE F - EXEMPLO DE EXERCÍCIO REALIZADO POR UM DOS PARTICIPANTES DA TERCEIRA EDIÇÃO DO CURSO DURANTE A AULA DE REVISÃO

CURSO DE INTRODUÇÃO À ACUPUNTURA:

1-Paciente de 43 anos, sexo feminino, faxineira, procura unidade de saúde por queixa de dor na região anterior e lateral do ombro direito. Relata que a dor tem evolução de 8 meses, teve origem insidiosa. Relata dor cervical associada e que eventualmente tem dor no braço e antebraço ipsilateral. Relata que dor piora com esforço físico do membro superior. Tem pouco alívio com uso de analgésicos. Nega trauma prévio em ombro. Quais os diagnósticos diferenciais possíveis para esta paciente? Considerando a sua principal hipótese diagnóstica para o caso acima, qual sua conduta? Justifique a sua conduta.

Inflamação em ombro = bursite/tendinite.

Acupuntura e fisioterapia: GB20 GB21 SI11 GB34 LI15 e
Pontos gatilho em ombro LI4

GB39 para relaxar músculos e tendões

GB20-21 desviar dor cervical

Pontos do intestino delgado para tratar dor no meridiano:

mass, antebraço e ombro.

Ponto do intestino grosso p/ irrigação anterior do ombro + analgesia e
triplo aquecedor p/ lateral.

2- Paciente de 70 anos, sexo masculino, queixa-se de dor lombar baixa com evolução de 20 anos. Nega irradiação da dor para membros inferiores. Além da dor lombar, Paciente refere, cansaço, indisposição, desconforto em joelhos. Considerando o caso acima, qual a sua conduta? Justifique a sua conduta.

Lombalgia e deficiência Qi do Rim.

Utilizar pontos como:

K13 dor lombar e em joelhos, tonificar rim

K17 idem

SI6 dor lombar

Pontos no joelho: SP9 SP10 ST36 GB34 ação local +
ações à distância = diminuição edema, tonificação Qi, relaxamento muscular e tendões.

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Impacto do treinamento de médicos em Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura em serviços de atenção primária à saúde.

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar do estudo “Impacto do treinamento de médicos em Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura em serviços de atenção primária à saúde” desenvolvido pelos pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina: Ari Ojeda Ocampo Moré, Charles Dalcanale Tesser e Li Shih Min;

O objetivo da pesquisa é compreender e avaliar a influência do treinamento em técnicas de Acupuntura na prática dos médicos que atuam na atenção primária. Os resultados da pesquisa contribuirão para o desenvolvimento de ensino de Acupuntura para médicos e estudantes de medicina.

Sob seu consentimento a sua participação em entrevista, grupo focal (roda de conversa) e/ou oficina de consenso serão gravadas, e os tópicos principais serão também anotados. A qualquer momento a entrevista, grupo ou oficina poderá ser interrompida ou não ser gravada, se assim o solicitar. As informações serão utilizadas eticamente e os resultados da pesquisa poderão ser publicados, garantindo o anonimato dos entrevistados. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, de forma voluntária, retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Uma possível desvantagem em participar deste estudo é tempo despendido por você em participar da entrevista, grupo ou oficina. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Você poderá me contatar pelo telefone (48) 962510xx ou pelo e-mail: darimore@hotmail.com para prestar-lhe todas as informações que desejar acerca deste estudo, antes, durante e depois do mesmo ou para retirar o seu consentimento.

Se você se sente adequadamente esclarecido da natureza do propósito desta entrevista, peço que assine este Termo de Consentimento. Caso você assine, receberá uma cópia do mesmo. Como

pesquisador responsável por esse estudo, asseguro a você que sua identidade será protegida e mantida em sigilo e que este documento será mantido por mim em confidência estrita.

Eu,

____ CPF/RG _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, especificamente:

- Participando de Entrevista
- Participando de Grupo Focal
- Participando de Oficina de Consenso

Atenciosamente,

Ari Ojeda Ocampo Moré – Pesquisador-entrevistador

darimore@hotmail.com. (48) 962510xx

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser – Pesquisador-Colaborador

charles.tesser@ufsc.br - (48) 48 9113xxx

Prof. Dr. Li Shih Min – Pesquisador-Colaborador

liconta@gmail.com (48) 372191xx

Assinatura do(a) participante

ANEXOS

ANEXO A - EMAIL INFORMATIVO DA PRIMEIRA EDIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ACUPUNTURA

Colegas, professores, supervisores e alunos!

Nesta quinta-feira, dia 13/10/2011, às 8h, no auditório da SMS, inicia o Treinamento Básico em Técnicas de Acupuntura para médicos da APS- Florianópolis, realizado pela SMS em parceria com a Residência Médica em Acupuntura do HU/UFSC

Esta primeira edição do curso está direcionada aos médicos das unidades de saúde que realizaram a Oficina de Sensibilização em PICs. Esta Oficina é realizada em cada uma das unidades de saúde interessada em implementar as PICs, utilizando referenciais da educação crítico-reflexiva e dinâmica que visa fomentar a discussão no contexto da realidade local e pactuando ações relacionadas às PICs a serem desenvolvidas especificamente naquela unidade de saúde, considerando a articulação entre gestores, profissionais e comunidade.

A programação completa do Treinamento Básico em Técnicas de Acupuntura para médicos da APS- Florianópolis está em anexo.

Serão 72h, sendo 32h referente ao Módulo Teórico e 40h referentes ao Módulo Prático.

O Módulo teórico terão datas fixas e começará dia 13/10, quinta-feira, período da manhã (serão 4h por semana, em 8 semanas consecutivas). Já as aulas práticas poderão ser realizadas no ambulatório do HU ou em outros CSs, mas com um calendário flexível a cada aluno, consensuado com coordenação e conforme possibilidades de ausências da unidade de saúde.

Ao final do Módulo teórico haverá um encontro com os professores, supervisores e alunos a fim de organizar e discutir a dinâmica do Módulo prático. Entretanto, os supervisores também estão convidados a participarem desde o início do curso sempre que possível.

Bom curso e até quinta-feira.

Qualquer dúvida, estamos a disposição.

Atenciosamente

Comissão de Práticas Integrativas e Complementares

Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO B - DETALHAMENTO DA PRIMEIRA EDIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ACUPUNTURA

I. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO		
		TOTAL DE HORAS- AULA
Treinamento Básico de Técnicas em Acupuntura para médicos da APS- Florianópolis		72 HORA
I.1. HORÁRIO, DURAÇÃO E CLIENTELA		
POPULAÇÃO-ALVO: Médicos da APS de Florianópolis		
NÚMERO DE ALUNOS POR TURMA: 20 ALUNOS		
DURAÇÃO TOTAL: 72h (32h + 40h) - módulo teórico: 8 semanas - 32h (1 aula semanal de 4h)		
DIA	TURNO	LOCAL
13/10/11 – 5af.	manhã	Auditório SMS
20/10/11 – 5af.	tarde	Auditório SMS
28/10/11 – 6af.	manhã	Auditório SMS
03/11/11 – 5af.	tarde	Auditório SMS
11/11/11 – 6af.	manhã	Auditório SMS
17/11/11 – 5af.	manhã	Auditório SMS
25/11/11 – 6af.	manhã	Auditório SMS
01/12/11 – 5af.	tarde	Auditório SMS
- módulo prático: 10 semanas – 40h (1 aula semana de 4h) – calendário flexível e adaptável para cada aluno (ambulatório do HU e/ou outros CSs)		
II. ORGANIZAÇÃO		
Coordenadores CPIC/SMS - UFSC: Melissa Costa Santos e prof. Charles Dalcanale Tesser (UFSC)		
Coordenador técnico: Prof. Dr.Li Shih Min – e Dr. Ari More - Residência em acupuntura HU-UFSC		
Professores: Ricardo Horta Gonçalves; Prof. Dr.Li Shih; Prof. Ari More		
Supervisores: Renato Figueiredo (CS Monte Serrat); Leonardo (CS Monte Cristo); José Felipe (CS Morro das Pedras; Ronaldo Zonta (CS Saco Grande); Ari More (HU-UFSC)		

**ANEXO C - CRONOGRAMA DE AULAS DO MÓDULO
TEÓRICO DA 1ª EDIÇÃO**

Data	Conteúdo	Facilitador
Semana 1	Apresentação do Curso Racionalidades Médicas PNPIC Introdução à Acupuntura	Ari Li
Semana 2	Bases de Medicina Chinesa Substâncias Fundamentais	Li
Semana 3	Teoria de Órgãos Meridianos de Acupuntura	Li
Semana 4	Uso clínico dos pontos básicos; Microsistemas	Ari
Semana 5	Causas de doença; Modelo explicativo de mecanismos de doenças Semiologia Médica tradicional chinesa, Diagnóstico tradicional chinês;	Li
Semana 6	Princípios clínicos e fisiológicos na abordagem do paciente com dor Síndrome Dolorosa Miofascial	Ari
Semana 7	Princípio de Prescrição de Pontos de Acupuntura	Ari
Semana 8	Nosologia Ocidental e tratamento com acupuntura Prova Final Revisão	Li Ari

ANEXO D - DETALHAMENTO DA SEGUNDA EDIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENT EM ACUPUNTURA

I. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO	
	TOTAL DE HORAS-AULA
Treinamento Especial em Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura para Médicos da APS-Florianópolis	72 HORAS

I.1. HORÁRIO, DURAÇÃO E CLIENTELA		
POPULAÇÃO-ALVO: Médicos da APS de Florianópolis		
NÚMERO DE ALUNOS: 20 ALUNOS		
DURAÇÃO TOTAL: 72h (32h + 40h) - módulo teórico: 8 semanas - 32h (1 aula semanal de 4h)		
DIA	TURNO	LOCAL
15/08/2013 (5af)	tarde	Auditório SMS
22/08/2013 (5af)	tarde	Auditório SMS
29/08/2013 (5af)	tarde	Auditório SMS
05/09/2013 (5af)	tarde	Auditório SMS
12/09/2013 (5af)	tarde	Farmácia Escola UFSC
19/09/2013 (5af)	tarde	Auditório SMS
26/09/2013 (5af)	tarde	Auditório SMS
12/12/2013 (5af)	tarde	Auditório SMS
- módulo prático: 10 semanas – 40h (1 aula semana de 4h) – calendário flexível e adaptável para cada aluno (ambulatório do HU e/ou outros CSs)		

**ANEXO E - CRONOGRAMA DE AULAS DO MÓDULO
TEÓRICO DA 2ª EDIÇÃO**

Data	Conteúdo	Facilitador
Semana 1	Apresentação do Curso Racionalidades Médicas PNPIC Introdução à Acupuntura	Ari
Semana 2	Neurofisiologia da dor Neurofisiologia da acupuntura	Ari
Semana 3	Síndrome Dolorosa Miofascial Microsistemas	Ari
Semana 4	Bases de Medicina Chinesa Substâncias Fundamentais	Li
Semana 5	Teoria de Órgãos Meridianos de Acupuntura	Li
Semana 6	Pontos de Acupuntura Princípio de Prescrição de Pontos	Ari
Semana 7	Causas de doença; Modelo explicativo de mecanismos de doenças Semiologia Médica tradicional chinesa, Diagnóstico tradicional chinês; Nosologia Ocidental e tratamento com acupuntura Discussão de casos	Li
Semana 8 (após práticas)	Revisão Discussão de Casos Encerramento	Li Ari

ANEXO F - DETALHAMENTO DA TERCEIRA EDIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ACUPUNTURA

I. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO		
		TOTAL DE HORAS-AULA
Curso de Introdução à Acupuntura para Médicos da APS- Florianópolis		80 HORAS
I.1. HORÁRIO, DURAÇÃO E CLIENTELA		
POPULAÇÃO-ALVO: Médicos da APS de Florianópolis		
NÚMERO DE ALUNOS: 20 ALUNOS		
DURAÇÃO TOTAL: 80h (40h + 40h) - módulo teórico: 8 semanas - 36h (1 aula semanal de 4,5h) - encontro de revisão -último dia do curso – 4h		
DIA	TURNO	LOCAL
28/08/2014 (5af)	tarde	Sala 922 CCS UFSC
04/09/2014 (5af)	tarde	DAP - HU
11/09/2014 (5af)	tarde	DAP - HU
18/09/2014 (5af)	tarde	Sala 922 CCS UFSC
25/09/2014 (5af)	tarde	Sala 922 CCS UFSC
02/10/2014 (5af)	tarde	A DAP - HU
16/10/2014 (5af)	tarde	DAP - HU
23/10/2014 (5af)	tarde	DAP - HU
29/01/2015 (5af)	tarde	DAP - HU
- Módulo prático: 10 semanas – 40h (1 aula semana de 4h) – calendário flexível e adaptável para cada aluno (ambulatório do HU e/ou outros Centros de Saúde		

ANEXO G - OFICINA DE CONSENSO 1 - OURO PRETO OUTUBRO DE 2013 - DIVULGAÇÃO DA OFICINA NO PROGRAMA DO CONGRESSO

XVIII Congresso Brasileiro de Acupuntura VIII Congresso Internacional da FILASMA Federação Ibero-Latino Americana de Sociedades Médicas de Acupuntura		
SALA C • DR. SAMUEL AYSEMBERG	SALA D • DR. AMBRÓSIO ALVES FILHO	SALA E • TIRADENTES
MESA REDONDA - MEDICINA DO ESPORTE Coordenação - Dr. Felipe Fragoso - MG	MESA REDONDA- POLÍTICA- MTC Coordenação: Dr. Durval Mota -RJ	MESA REDONDA - TEMAS DIVERSOS V Coordenador - Dr. João Cabrera - RS
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho de força-resistência muscular através da eletroestimulação funcional Dr. Liaw Chen Haw - SP 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de consenso: Programa de treinamento especial em Acupuntura de Florianópolis Dr. Li Shih Min - SC 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial: Evolución de La Acupuntura como terapéutica complementária Dra. Perla G. Feingold - ARG
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto da Acupuntura na Fisiologia do exercício Dr. Joel Steinman - PR 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: o método de implantação desenvolvido na secretaria municipal de saúde de Florianópolis Dr. Ari Ojeda Ocampo Moré - SC 	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura e Fibromialgia Dr. Eduardo Jovenich - ARG
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura e desempenho atlético: revisão e perspectiva Dr. Alexandre Martin - SP 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificação do médico acupunturista em área de tratamento de dor Dr. Márcio Rondinelli - RJ 	PALESTRA Acupuntura e sistema imune Dr. Durval Kraychete - BA
<ul style="list-style-type: none"> • Discussão 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão 	

ANEXO H - OFICINA DE CONSENSO 2 - FLORIANÓPOLIS MAIO DE 2014 - DIVULGAÇÃO DA OFICINA NO PROGRAMA DO CONGRESSO

X CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE ACUPUNTURA CALENDÁRIO E PROGRAMAÇÃO FLORIANÓPOLIS/SC - 2014			
DIA 01/05/2014 - QUINTA-FEIRA			
Horário	Sala A	Sala B	Sala C
08:30 - 10:00h	Palestra Magna Brain modulation involved in the acupuncture and placebo treatment Jian Kong		
10:00 - 10:30h	Coffee Break		
10:30 - 12:00h	Simpósio: Acupuntura e Cuidados Paliativos	Como eu trato: Acupuntura no Controle da Dor Aguda	Roda de Conversa: Mecanismos da Acupuntura
10:30 - 11:10h	Abordagem clínica nos cuidados paliativos Maria Tereza Schoeler	O tratamento da dor aguda por acupuntura: experiência clínica Dirceu Sales	Eletroestimulação: Muito além dos opióides Cláudio Couto
11:10 - 11:50h	Acupuntura nos cuidados paliativos Breno Santiago	Analgesia perioperatória ambulatorial e intra hospitalar Luis Eduardo Coura	Biotensegridad Sílvia Rojo
11:50 - 12:00h	Discussão		
12:00 - 14:00h	Workshop 1 A Abordagem neurofuncional das dores e disfunções em MMSS e cintura escapular Cláudio Couto/GEANF B Infiltração de Cintura Pélvica e MMII Breno Santiago		
14:00 - 16:00h	Simpósio: Abordagens para melhorar os resultados do tratamento	Como eu trato: Técnicas Associadas à Acupuntura	Oficina de Consenso: Educação Permanente em Saúde - Acupuntura na Atenção Primária à Saúde
14:00 - 14:30h	Terapia Neuromoduladora das Cefaléias com Acupuntura Álvaro Laens	Uso do som e da música na sessão de acupuntura Augusto Weber	Apresentação da Oficina Ari More
14:30 - 15:00h	Acupuntura e Zang-Fu com Dietoterapia e Dietopatologia Mauro Carbonar	Experiência do uso das ventosas no tratamento da dor Dirceu Sales	Uso da acupuntura na atenção primária à saúde
15:00 - 15:30h	Afecciones psico afectivas y su tratamiento con acupuntura neurofuncional Sílvia Rojo	Moxabustão Gefferson Calvette	Programa de introdução à acupuntura para o médico de família e comunidade
15:30 - 16:00h	Discussão		
16:00 - 16:30h	Coffee Break		

**ANEXO I - OFICINA DE CONSENSO 3 - SÃO PAULO
NOVEMBRO DE 2014 - DIVULGAÇÃO DA OFICINA NO
PROGRAMA DO CONGRESSO**

SEXTA-FEIRA – 21/NOV – TARDE

HORÁRIO	TEATRO	SALA 1	
14:00-16:00	<p align="center">Coord: Otavio Koiti Hara</p> <p>AGULHAMENTO ÚNICO UTILIZANDO A TÉCNICA DE RYODORAKU (60 min) Ruy Tanigawa</p> <p align="center">Trad Pam Wen Lung</p> <p>ACUPUNTURA NA SÍNDROME DE SJÖGREN (60 min) Liu, Chia-Yu</p>	<p align="center">VIVÊNCIAS E EVIDÊNCIAS CERVICALGIA – TALK SHOW Coord: Marcelo Saad</p> <p>Satiko Imamura Rassen Saidah Hideki Hyodo Ricardo Bassetto</p>	
16:00-16:30	INTERVALO	INTERVALO	
16:30-18:00	<p align="center">Coord: João Carlos Pereira Gomes</p> <p>ANÁLISE DE APLICAÇÕES DE ACUPUNTURA, CONCEITOS POLÊMICOS E SUAS INTERFERÊNCIAS NA CLÍNICA DIÁRIA Hong Jin Pai</p>	<p align="center">VIVÊNCIAS E EVIDÊNCIAS OMBRO DOLOROSO – TALK SHOW Moderador: André Tsai</p> <p>Arnaldo Acayaba George Nobusada João Paulo M. Bittar Maria Valéria D'ávila Braga</p>	
<p>Assembleia Geral Ordinária do CMBA – 18:15-19:00h</p>			
<table border="1"> <tr> <td> <p align="center">SALA DE REUNIÃO – 16:30-18:00 OFICINA DE CONSENSO Coord: Ari Moré</p> <p>Li Shi Min Fernando Claudio Genschow Sílvia Siqueira Harres</p> </td> </tr> </table>			<p align="center">SALA DE REUNIÃO – 16:30-18:00 OFICINA DE CONSENSO Coord: Ari Moré</p> <p>Li Shi Min Fernando Claudio Genschow Sílvia Siqueira Harres</p>
<p align="center">SALA DE REUNIÃO – 16:30-18:00 OFICINA DE CONSENSO Coord: Ari Moré</p> <p>Li Shi Min Fernando Claudio Genschow Sílvia Siqueira Harres</p>			