

**Coleção 'Formação em auriculoterapia para
profissionais de saúde da atenção básica'**

(ISBN: 978-85-8328-325-6)

Lucio José Botelho

Charles Dalcanale Tesser

Coordenadores

Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica

Módulo1

Introdução à formação em
auriculoterapia

**Charles Dalcanale Tesser
Marcos Lisboa Neves
Melissa Costa Santos**

**Centro de Ciências da Saúde (CCS) - UFSC
Florianópolis/SC, 2025**

金
木
水
火
土



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.pt>).

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. Obra institucional desenvolvida pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com o Ministério da Saúde, pode ser acessada na íntegra em: <https://auriculoterapiasus.ufsc.br/> e <https://repositorio.ufsc.br/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS

Departamento de Gestão do Cuidado Integral – DGCI

Núcleo Técnico de Gestão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - NTG PNPIC

Gestores da PNPIC/DGCI/SAPS/MS: Daniel Miele Amado e Paulo Roberto Sousa Rocha

COMISSÃO GESTORA

Coordenador Geral do Projeto - Lúcio José Botelho – Departamento de Saúde Pública

Coordenador Pedagógico - Charles Dalcanale Tesser – Departamento de Saúde Pública

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

Secretaria Executiva - Leila Cecília Diesel, Lilian Elisabeth Diesel

Produção do material instrucional - Breno de Almeida Biagiotti

EQUIPE DE CONTEUDISTAS

MÓDULO I

Charles D.Tesser
Marcos Lisboa Neves
Melissa Costa Santos

MÓDULO II

Fátima T. P. Farias
Teresa Cristina Gaio da
Silva

MÓDULO III

Charles D. Tesser
Emiliana D. C. da Silva
Marcos Lisboa Neves

MÓDULO IV

Ari Ojeda O.Moré
João Eduardo M.
Teixeira
Daniel F. Martins

MÓDULO V

Ronaldo Zonta

EQUIPE DE REVISORES

MÓDULO I

Ana Rita Novaes
Islândia M. Carvalho
de Sousa

MÓDULO II

Leidiane M. Martins
Marcos Lisboa Neves

MÓDULO III

Li Shih Min
Marilene C. do
Nascimento

MÓDULO IV

Adair Roberto S. dos
Santos
Leidiane M. Martins

MÓDULO V

Ari Ojeda O.Moré
Emiliana D. C. da Silva
Fátima T. P. Farias
Marcos Lisboa Neves
Melissa Costa Santos

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina

T338f	Tesser, Charles Dalcanale Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da atenção básica [recurso eletrônico] : Módulo I : Introdução à formação em auriculoterapia / Charles Dalcanale Tesser, Marcos Lisboa Neves, Melissa Costa Santos.– Florianópolis : CCS/UFSC, 2025. 43 p. : il., fig., gráf., fots. – (Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da atenção básica, v. 1.) E-book (PDF) ISBN 978-85-8328-318-8 1. Auriculoterapia. 2. Terapias complementares. 3. Atenção primária à saúde. I. Neves, Marcos Lisboa. II Santos, Melissa Costa. III. Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da atenção básica: Módulo I: Introdução à formação em auriculoterapia. CDU: 615.814.1
-------	--

Sumário

Apresentação do módulo.....	6
UNIDADE 1: Conhecendo o curso.....	8
Informações gerais do curso	9
Estrutura organizacional do curso	10
Estrutura curricular do curso.....	11
UNIDADE 2: As práticas integrativas e complementares em Saúde (PICS) no SUS.....	14
As práticas integrativas e complementares no SUS	15
Modelos de inserção das PICS no SUS	20
As práticas integrativas e complementares em saúde na atenção básica	24
Roteiro para implantação das PICS	26
Cogestão e educação permanente em saúde.....	34
UNIDADE 3	37
Introdução ao estudo da auriculoterapia	37
História da auriculoterapia.....	37
Fundamentos da auriculoterapia.....	38
Auriculoterapia segundo a reflexologia	38
Auriculoterapia segundo a MTC	40
Auriculoterapia segundo a biomedicina (neurofisiologia).....	40
Referências bibliográficas	41



Apresentação do módulo

Caro aluno

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

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

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

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

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

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

Estrutura do módulo

UNIDADE 1 CONHECENDO O CURSO

- Informações gerais do curso
- Estrutura organizacional do curso
- Estrutura curricular do curso

UNIDADE 2 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

- As práticas integrativas e complementares (PICS) na saúde pública
- Modelos de inserção das PICS no SUS
- As PICS na atenção básica
- Roteiro para implantação das PICS
- Cogestão e educação permanente em saúde

UNIDADE 3 INTRODUÇÃO À AURICULOTERAPIA

- Introdução ao estudo da auriculoterapia
- História da auriculoterapia
- Fundamentos da auriculoterapia

Ementa do módulo

Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Implementação das práticas integrativas e complementares em Saúde (PICS) no SUS e na atenção básica. Modelos e possibilidades de implantação das PICS. Roteiro de implantação. Cogestão e educação permanente em saúde relacionada às PICS. Conceito de auriculoterapia. Aspectos históricos. Fundamentos de auriculoterapia.

Objetivos do módulo

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

UNIDADE 1

Conhecendo o curso

- Informações gerais do curso
- Estrutura curricular do curso
- Estrutura organizacional do curso



Informações gerais do curso

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

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

Objetivo geral do curso

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

Objetivos específicos

- Promover o ensino e capacitação de profissionais de equipes da atenção básica em auriculoterapia, atendendo a necessidade de ampliar o acesso aos usuários do SUS, em conformidade com as diretrizes das políticas nacionais de práticas integrativas e complementares em Saúde, de atenção básica e de educação permanente em saúde;
- Contextualizar e qualificar o uso de auriculoterapia, através da introdução aos princípios da racionalidade médica chinesa tradicional, promovendo a ampliação da abordagem clínica-terapêutica dos profissionais;
- Fomentar a constituição e o protagonismo de grupos de profissionais capacitados em PICS de municípios selecionados.

Público-alvo

- Profissionais de saúde, de nível superior, atuantes na atenção básica, de municípios pré-selecionados.



Estrutura organizacional do curso

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

Estrutura curricular do curso

Etapa a distância

MÓDULO I - Introdução à formação em auriculoterapia (15 horas)

- Unidade 1 - Conhecendo o curso
- Unidade 2 - Práticas integrativas e complementares em Saúde no SUS
- Unidade 3 - Introdução à auriculoterapia

MÓDULO II - Auriculoterapia segundo a reflexologia (15 horas)

- Unidade 1 - Estruturas anatômicas e pontos auriculares
- Unidade 2 - Métodos de avaliação na auriculoterapia
- Unidade 3 - Métodos de tratamento

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

- Unidade 1 - Racionalidades médicas
- Unidade 2 - Auriculoterapia de acordo com fundamentos da MTC

MÓDULO IV - Auriculoterapia segundo a biomedicina (15 horas)

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

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

- Unidade 1 - Atenção básica e auriculoterapia
- Unidade 2 - Usos da auriculoterapia na rotina de atendimento da atenção básica
- Unidade 3 - Educação permanente e auriculoterapia na atenção básica

Etapa presencial

Módulo presencial (05 horas)

- Polos regionais
- Preceptoria
- Estritamente prático

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

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

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

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



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

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

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

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

1. Articular, junto a gestão local, a implantação das PICS, tendo em vista a promoção de acesso e expansão da oferta de PICS no SUS; promover a inserção das PICS no SUS de forma participativa, considerando a multidisciplinaridade; contribuir, de forma proativa, para a expansão sustentável das PICS no SUS.

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

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

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

UNIDADE 2

As práticas integrativas e complementares no SUS

- As práticas integrativas e complementares na saúde pública
- Modelos de inserção das PICS no SUS
- As PICS na atenção básica
- Roteiro para implantação das PICS
- Cogestão e educação permanente em saúde



Mas afinal, o que são as práticas integrativas e complementares?

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

Não há consenso a respeito da nomenclatura adequada para denominar estas práticas, tendo em vista as diferentes realidades nos países onde são desenvolvidas³. Segundo o *National Center of Complementary and Alternative Medicine*⁴, estas práticas podem ser chamadas de “complementares”, quando utilizadas em associação à biomedicina; “alternativas”, quando empregadas em substituição à prática biomédica; e, por fim, “integrativas”, quando são usadas conjuntamente à biomedicina, considerando que há evidências científicas de segurança e efetividade.

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

O desenvolvimento das PICS nos sistemas de saúde públicos universais é favorável e seu crescimento é incontestável nas últimas décadas. Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata (ex-URSS), realizada em 1978, a OMS recomenda a seus países membros a inclusão das PICS nos sistemas públicos de saúde.

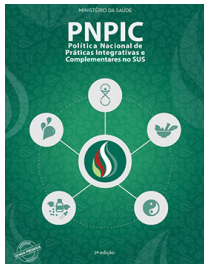
No mundo, há uma crescente procura das populações dos países de alta renda pelas PICS, além de um extenso e intenso uso das mesmas nos países pobres. Os motivos desse crescente interesse vão desde os efeitos colaterais comuns e frustrações com a biomedicina, até qualidades positivas das PICS, como melhor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

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


liderados por Madel Luz, que enfocou as PICS em sua multiplicidade de saberes e práticas e em sua diversidade cultural e epistemológica. As experiências nos serviços do SUS intensificaram-se, particularmente, após a edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pelo Ministério da Saúde em 2006⁶, cujo escopo foi ampliado em 2017, incluindo explicitamente a auriculoterapia no rol das PICS do SUS (Figura 1). Em 2018 houve nova ampliação das modalidades de PICS pelo Ministério da saúde, totalizando atualmente 29 PICS.



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



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



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

A PNPIC legitimou expressamente as práticas da fitoterapia, da homeopatia, da medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica e do termalismo social, mas também significou um impulso no reconhecimento e crescimento de todas as demais PICS no SUS. Além disso, é uma política que surgiu em conformidade com outras políticas públicas de saúde brasileiras, sendo, portanto, uma “política de inclusão terapêutica” aberta a outros saberes, o que pode favorecer a complementaridade e ampliar a variedade de opções para os cuidados em saúde⁷.

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

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

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

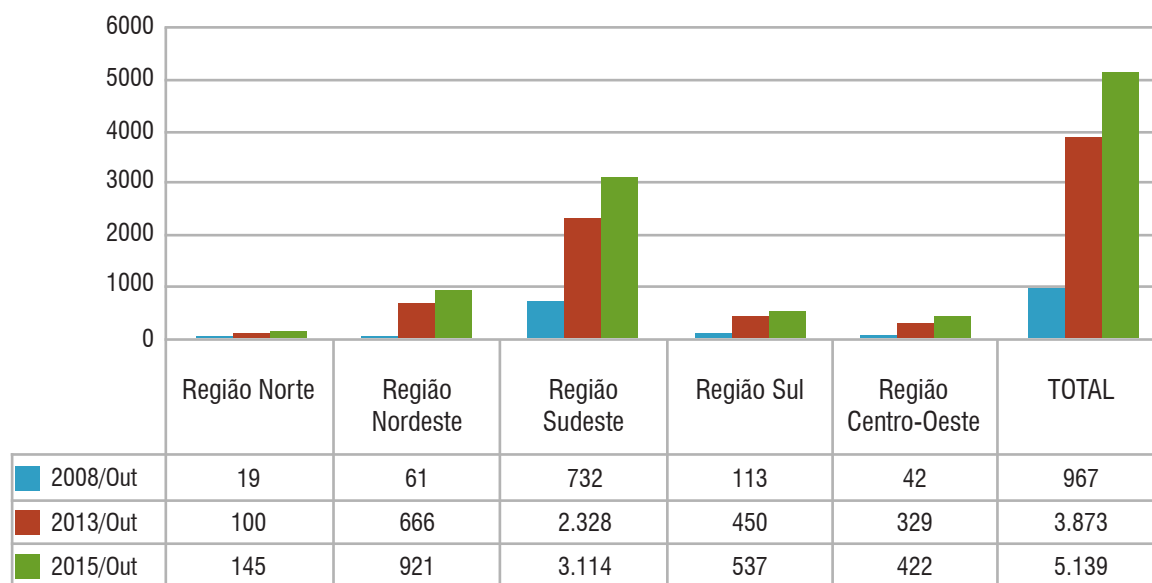


Gráfico 1 - Evolução do número de estabelecimentos que ofertam PICS por região do Brasil 2008-2015. Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

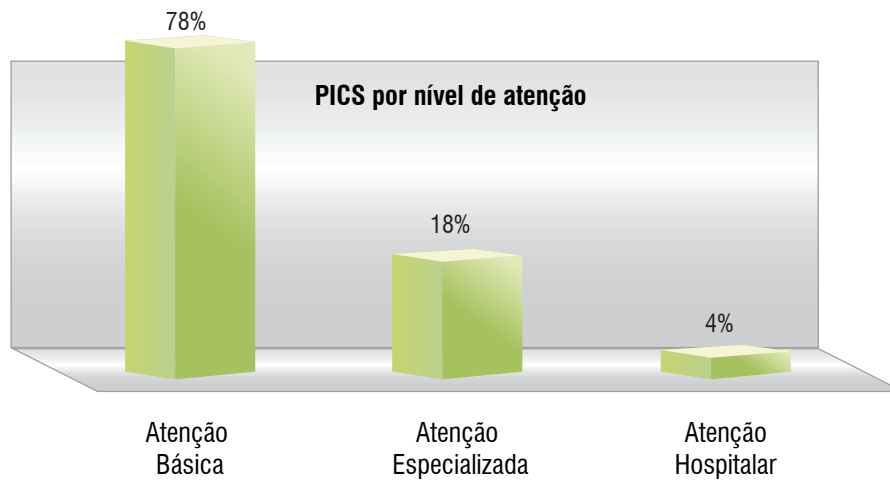


Gráfico 2 - PICS por nível de atenção.
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2015.

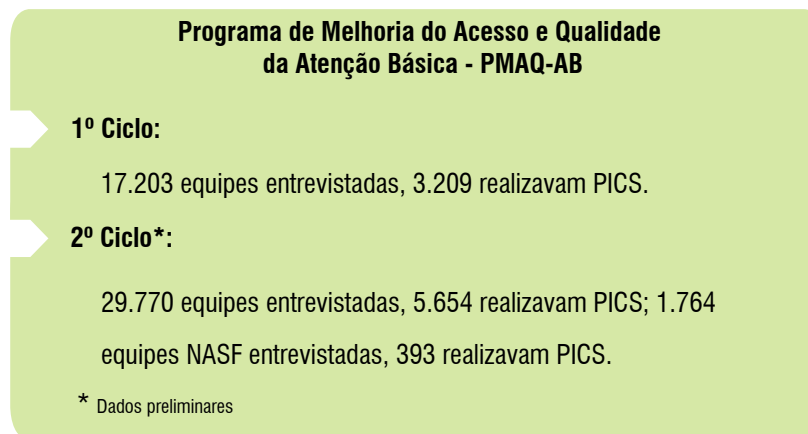


Gráfico 3 - Número de equipes de NASF que realizam PICS.
Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

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

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

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

Atualmente, pode-se dizer que a biomedicina convive com outras formas de cuidado, caminhando no sentido da humanização das práticas clínicas e da inclusão de outras abordagens diagnóstico-terapêuticas, considerando os diferentes sistemas e modalidades médicas, crenças e itinerários de saúde⁷.

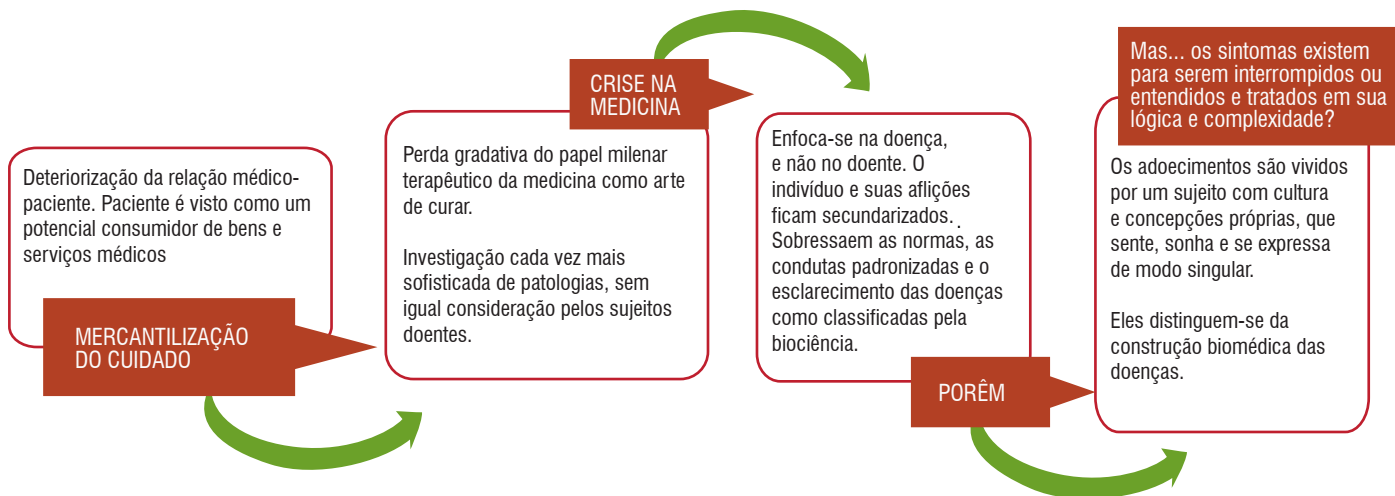


Figura 2: A crise da atenção à saúde

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

Portanto, apesar de haver alguns obstáculos e dificuldades na institucionalização das PICS, tais como críticas, oposições e contestação da legitimidade das mesmas, percebe-se um movimento favorável, com aceitação significativa por usuários e profissionais, inclusive com arcabouço legal, justificando a inserção destas práticas no SUS. O processo de formulação da PNPIC e sua aprovação promoveram uma sensibilização sobre o tema e instituíram demandas e ações para incremento do acesso às PICS com qualidade, segurança e eficácia no SUS⁸.

Ainda que avanços tenham sido obtidos, a expansão destas práticas constitui-se num processo a ser construído e avaliado continuamente⁹, com envolvimento de diversos atores sociais, institucionais e profissionais. Apesar das dificuldades, a inclusão das PICS no SUS pode ser considerada uma estratégia para o desenvolvimento da universalidade, equidade e integralidade, para a construção de um SUS prudente, para um cuidado à saúde decente¹⁰.

Modelos de inserção das PICS no SUS

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

Os modos mais comuns de implantação das PICS em municípios brasileiros foram descritos por recente pesquisa, que encontrou quatro tipos básicos de implantação, associados, isolados ou com variações¹¹. A Figura 3 descreve esses tipos, apresentando uma síntese comparativa dos mesmos, quanto aos seguintes aspectos: acesso, profissionais praticantes, tipo de oferta e potencial de expansão e integração com a Estratégia de Saúde da Família, do ponto de vista da operacionalização institucional.

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

FIGURA 3: Descrição dos modelos de inserção das PICS no SUS
Fonte: adaptado de Sousa e Tesser (2017).

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

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

TIPO 1

Atenção básica

PICS inseridas na atenção básica, praticadas pelos seus próprios profissionais, que também exercem o cuidado biomédico (são híbridos)

- São praticadas pelos profissionais da Saúde da Família (SF) com formação própria prévia (às vezes especialização, quando esta existe) ou após formação em serviço proporcionada pela gestão.
- Estes profissionais fazem uma prática híbrida, operando tanto o cuidado biomédico como as PICS.
- Esta forma é muito boa, por introduzir as PICS de forma integrada ao cuidado biomédico e à rotina da atenção básica, de modo que os profissionais-usuários podem decidir se vão usar a biomedicina, uma PICS, associar as duas ou usar uma PICS antes da biomedicina, que ficaria para caso de uma piora ou falha no uso da PICS, como alguns fazem¹².
- O acesso às PICS é igual ao acesso ao cuidado biomédico, e o perfil da demanda é também igual ao da AB.
- Para sua expansão, esse tipo depende da educação em serviço em PICS para os profissionais.
- As atividades educativas tendem a ter carga horária reduzida, e a competência resultante, portanto, pode ficar relativamente superficial. Porém, essa formação, ainda que introdutória, permite o início da prática e estimula os profissionais na busca de mais conhecimento. Este curso que você iniciou, de certo modo, está neste tipo de formação, no qual você está recebendo uma introdução à auriculoterapia e, após esta aproximação, poderá aprofundar seus conhecimentos na mesma, ou em outro campo.
- Demanda necessidade de continuidade das atividades educativas, com supervisão e matriciamento e, se possível, estímulo e viabilização de formação mais aprofundada (e mesmo cursos de especialização, se a PICS já dispor deles, como, por exemplo, homeopatia e acupuntura).

TIPO 2

Atenção básica
profissional exclusivo

PICS inseridas na atenção básica, praticadas por profissionais exclusivos

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

TIPO 3

Atenção básica
profissional matriciador

PICS inseridas na atenção básica, praticada por profissionais matriciadores

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

TIPO 4

Atenção
especializada

PICS inseridas na atenção especializada ou hospitalar, praticadas por profissionais exclusivos ou especialistas

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

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

Qual o modelo recomendado? Existe um modelo ideal?

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

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



Experiências municipais, estaduais e de serviços específicos podem ser acessadas, bem como modelos de normatização municipais e estaduais. Há várias experiências com plantas medicinais, práticas corporais, acupuntura/medicina chinesa e com auriculoterapia. Você pode achar algumas experiências descritas neste número especial da Revista Brasileira Saúde da Família¹³, n. 18.

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



E no seu município, existe alguma experiência em PICS? Reflita agora sobre os tipos descritos e pense como a prática de auriculoterapia na sua unidade de saúde estaria inserida no seu contexto. Pense em discutir com os seus colegas e a gestão municipal sobre as possíveis formas de inserção das PICS. Considerando que você atua na atenção básica, seguiremos discutindo neste campo.

Por que priorizar a inserção das PICS na atenção básica?

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares enfatiza a inserção das PICS na atenção básica, condizente com dados da literatura internacional, que reconhece a vocação natural das PICS neste âmbito de atenção¹⁴. A prioridade para as PICS na atenção básica se deve há vários motivos, além do fato delas já estarem e continuarem crescendo ali: os tipos de problemas presentes são favoráveis a sua ação; são cada vez mais reconhecidas no sentido de estimular os mecanismos de autocura das pessoas¹⁵; várias delas proporcionam abordagens culturalmente aceitáveis¹⁶; há uma boa relação terapeuta-usuário e estímulo à participação do usuário no seu processo de cuidado⁸; além de maior holismo a elas atribuído, com melhor observação e manejo de dimensões psicossociais, espirituais e subjetivas¹⁷.

As PICS na atenção básica contribuem para a ampliação da clínica, ao utilizar técnicas que facilitam a participação dos usuários, a flexibilização dos conceitos de saúde e doença e uma maior consideração da subjetividade do sujeito¹⁸. Na prática clínica da atenção básica, isso é muito importante, porque um conjunto de sintomas “inexplicáveis” para a biomedicina, que não se encaixam nas classificações diagnósticas e explicações fisiopatológicas, pode ter, para o modelo explicativo da medicina tradicional chinesa, por exemplo, um diagnóstico óbvio, possibilitando uma conduta eficaz¹⁸.

Embora as PICS sejam múltiplas, algumas têm sido estudadas cientificamente, caso típico da acupuntura, mas também da meditação, e inclusive da auriculoterapia¹⁹, entre outras. Alguns estudos mostram seu custo-efetividade em sistemas de saúde²⁰ e impacto favorável na atenção básica, especialmente das medicinas vitalistas²¹. Além disso, as populações do mundo e a brasileira costumam ter afinidade com várias PICS, e a sua procura tem crescido de forma contínua e consistente nas últimas décadas.

Os protagonistas da implantação das PICS no SUS tem sido os profissionais de saúde, praticantes das PICS^{22,23}, e em alguns casos os gestores municipais (raramente estaduais). Como não há nenhum mecanismo indutor ou orientador de sua implantação para além da PNPIIC, essa situação tem levado a diversos modos ou tipos de inserção das PICS nos municípios, descritos anteriormente, que dependem dos contextos municipais, da sua gestão e dos profissionais envolvidos.

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

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

ACOLHIMENTO

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

ATENDIMENTO INDIVIDUAL

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

ATENDIMENTOS COLETIVOS

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

SAÚDE DO TRABALHADOR

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

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

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

Roteiro para a implantação das PICS

No sentido de facilitar a inserção das PICS nessa modalidade combinada, simultaneamente na atenção básica e em equipes matriciadoras, apresentamos a seguir um roteiro metodológico simplificado para a implantação em um município, baseado em Santos e Tesser²⁴.

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

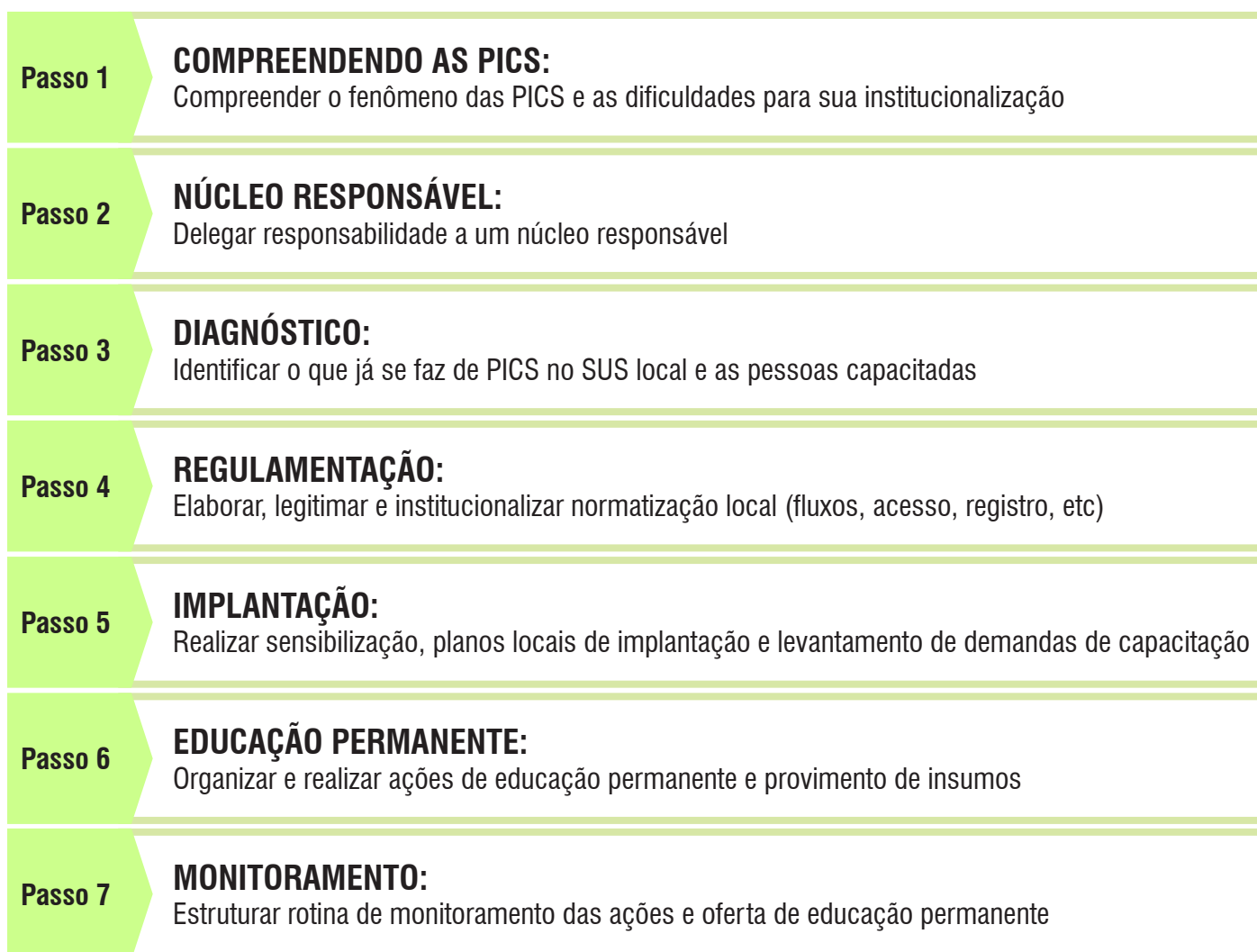


FIGURA 4: Roteiro para Implantação das PICS

Os pressupostos para a construção deste roteiro são:

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

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

A seguir detalharemos cada um dos passos para melhor entendimento.

Passo 1

COMPREENDENDO AS PICS:

Compreender o fenômeno das PICS e as dificuldades para sua institucionalização

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

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

Passo 2

NÚCLEO RESPONSÁVEL:

Delegar responsabilidade a um núcleo responsável

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

Passo 3

DIAGNÓSTICO:

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

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

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

Passo 4

REGULAMENTAÇÃO:

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

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

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

- Paralelamente às discussões sobre regulamentação municipal, algumas adequações institucionais são necessárias: registro no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde); cadastro de PICS no Ministério da Saúde; viabilização de insumos para o exercício das PICS.

Passo 5

IMPLANTAÇÃO:

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

- A implantação tem como pilar básico a expansão sustentável das PICS na atenção básica, já que somente a regulamentação não garante isso;
- Iniciar a implantação, definindo quais e quantas unidades de saúde serão priorizadas;
- Sensibilizar toda a equipe da unidade em que as PICS serão implantadas e elaborar, com a equipe da unidade, um plano local de implantação específico (considerando suas características, peculiaridades, população e território), de forma a favorecer a sustentabilidade das práticas (por ser contextualizado e por ser resultado do pacto do grupo);
- É importante problematizar na realidade cotidiana do trabalho, para haver mobilização dos sujeitos envolvidos para a mudança na prática;
- Pactuar em equipe as ações necessárias a serem implantadas e que nortearão a implantação no serviço (a qualidade na execução de cada ação é preferível à quantidade de ações);
- Sugerimos fortemente que a dinâmica de elaboração do plano local seja muito participativa. Para acessar um roteiro guiado e mais detalhes sobre uma estrutura de oficina de sensibilização, leia o tópico Etapa B – pactuação de planos locais de implantação, pagina 3018, do seguinte artigo: <https://arquivos.ufsc.br/f/82ad03c5d50d4db7a076/>
- O propósito do plano local de implantação é mobilizar a equipe na implantação progressiva de ações em PICS e identificar as necessidades de educação permanente, demandadas pelos profissionais. Estas necessidades serão avaliadas e executadas pelo núcleo responsável;
- De forma a facilitar o monitoramento das ações, recomenda-se que um profissional da unidade fique como referência para a execução do plano pactuado e uma pessoa do núcleo responsável fique como tutor, ou apoiador do processo no serviço. Se o município for muito pequeno, a oficina pode ser realizada com todos os profissionais, e o responsável no serviço pode ser a mesma pessoa responsável no município;

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

Passo 6

EDUCAÇÃO PERMANENTE:

Organizar e realizar ações de educação permanente e provimento de insumos

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

Passo 7

MONITORAMENTO:

Estruturar rotina de monitoramento das ações e oferta de educação permanente

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

- O processo de implantação é lento, pois implica um trabalho de mudança cultural e abertura das mentalidades da instituição e dos profissionais para novas ideias e visões sobre o processo saúde-doença, para novas formas e técnicas promocionais, curativas e preventivas não convencionais (embora algumas delas já sejam estudadas cientificamente; outras, com séculos de tradição; e outras mais recentes e menos estudadas);
- Há que montar um esquema permanente de monitoramento e educação, associado às equipes multiprofissionais (e-Multi), ao órgão de educação dos trabalhadores da própria Secretaria Municipal de Saúde, ou a um grupo gestor, como o sugerido inicialmente (núcleo responsável), que fica encarregado permanentemente, no nível municipal, de dar continuidade à expansão e consolidação das PICS na instituição.
- Deve-se lembrar que a cultura, as regras e os valores das instituições e dos serviços de saúde são padronizados amplamente em torno de ações de cuidado convencionais ou biomédicos (consagradas nas profissões e na formação), como consultas, grupos, etc. A inserção das PICS, por isso, ocorre em meio a polêmicas, resistências e discussões de várias naturezas. Há, basicamente, quatro tipos de desdobramentos práticos da implantação das PICS por meio da educação permanente em saúde:
 - Os profissionais da atenção básica capacitados irão praticar suas atividades rotineiras com mais recursos interpretativos e terapêuticos (plantas medicinais, acupuntura, auriculoterapia, homeopatia, etc);
 - Os profissionais praticarão alguma PICS (individual ou em atividades coletivas) em turno ou horário específico, a ser negociado com a coordenação local;
 - As duas possibilidades anteriores podem ocorrer associadas;
 - Haverá demanda para prática especializada de algumas PICS (como acupuntura ou homeopatia), para que se possa aproveitar toda a sua potencialidade. Para tal, se pode e deve viabilizar retaguarda especializada na atenção básica, viabilizando que profissionais especialistas pratiquem suas competências em PICS, e estimulando e facilitando a especialização de profissionais interessados, o que pode ser realizado via equipes multiprofissionais (e-Multi) ou ambulatório especializado que realize matriciamento, com contato personalizado entre especialistas em PICS (homeopatia, acupuntura etc.) e os que lhes encaminham pacientes (a sugestão é haver participação dos especialistas nas capacitações e matriciamento posterior).



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

Desde os anos 1970, observa-se no Brasil um movimento de democratização da gestão dos serviços públicos de saúde. A cogestão, ou gestão compartilhada, democrática e participativa, vem sendo construída em muitas experiências no SUS, porém ainda insuficientes para o desenvolvimento de um sistema de gestão que assegure o cumprimento de seus objetivos primários (produzir saúde) e, ao mesmo tempo, estimule os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal^{25,26}.

A cogestão traz vantagens, como melhoria do grau de envolvimento e de compromisso dos trabalhadores com a instituição, criação de um sistema de informação de educação continuada (espaços formais e informais de troca de saberes), além da melhoria sensível das relações interpessoais²⁵. Portanto, considera-se importante que o processo de implantação das PICS e, conseqüentemente, da auriculoterapia que será aqui aprendida, seja norteado pela cogestão, a fim de superar coletivamente as dificuldades que se apresentarem, definindo estratégias de ação participativa.

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

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

Por sua vez, a EPS fundamenta-se na valorização do trabalho como fonte de construção conjunta de conhecimento, contextualiza-se nos processos de trabalho, necessidades e desejos dos envolvidos, por meio do diálogo, e visa transformar o exercício cotidiano do trabalho, por meio da aprendizagem significativa e valorização da articulação com a gestão e os fóruns e colegiados de participação dos usuários e trabalhadores na gestão do SUS (Conselhos Municipais de Saúde, conselhos locais e colegiados de gestão, se existirem).

Ações de EPS podem ser viabilizadas em processos educativos em serviço, educação formal de profissionais e, inclusive, educação popular²⁷, sempre contextualizadas e problematizadas na prática cotidiana. A EPS está fundamentada na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo, destacando a sua porosidade à realidade mutável das ações e dos serviços de saúde e a geração de auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação²⁷.



FIGURA 5: Diversas possibilidades de desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, a partir da problematização da prática em saúde

Refletir sobre a EPS relacionada às PICS é necessário, a fim de suprir a deficiência de formação existente na graduação dos profissionais de saúde e que refletem os modelos centrados em saberes e tecnologias biomédicas, dependentes de procedimentos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos²⁸.

Pela lógica da EPS, a formação para a área da saúde deveria estruturar-se na problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações²⁹ e, assim, as PICS naturalmente fariam parte do arsenal diagnóstico-terapêutico dos profissionais.

É importante refletir sobre desenvolver EPS em PICS contextualizada e pensar em utilizar outros

espaços institucionais, para além das tradicionais capacitações (que geram o esvaziamento de profissionais da rede), como reuniões de categoria profissional, reuniões da unidade de saúde, reuniões de equipe, entre outros, já que as capacitações não se mostram tão eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas porque, muitas vezes, trabalham de maneira descontextualizada e se baseiam, principalmente, na transmissão de conhecimentos²⁷.

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

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

A implantação discutida e planejada, de forma participativa, e as atividades de EPS facilitam a introdução, permanência e sustentabilidade de novos e adequados cuidados com PICS inseridos no cotidiano, de modo que a inserção das PICS contribua na ampliação da resolubilidade e na qualificação dos serviços, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população.

Para saber mais sobre a unidade 2

- Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Nov [cited 2015 Sep 30]; 17(11): 3011-3024. Disponível em: <https://arquivos.ufsc.br/f/82ad03c5d50d4db7a076/>
- Faqueti A, Tesser CD. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC, Brasil: percepção de usuários. Ciênc saúde coletiva. 2018Aug;23(8):2621–30. Disponível em: <https://arquivos.ufsc.br/f/203ad9dfaaea4b96bab7/>
- Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cad. Saúde Pública, 2017; 33(1): e00150215. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150215>. Disponível em: <https://arquivos.ufsc.br/f/5685aeaba6e44513a466/>

UNIDADE 3

Introdução à auriculoterapia

- Introdução ao estudo da auriculoterapia
- História da auriculoterapia
- Fundamentos da auriculoterapia



Introdução ao estudo da auriculoterapia

Nas últimas décadas, a utilização da auriculoterapia tem crescido em diferentes contextos de cuidados à saúde devido a sua praticidade de aplicação, segurança e baixo custo³⁰. Este recurso terapêutico, usado de forma isolada ou complementar a outros tratamentos, pode ser útil no manejo clínico de condições comumente observadas na atenção básica, como as dores musculoesqueléticas e distúrbios do humor.

A auriculoterapia caracteriza-se por utilizar o pavilhão auricular como um microssistema para tratar diferentes tipos de problemas. O termo “microssistema” é usado quando uma região do corpo representa todo o organismo³¹. A auriculoterapia, além de ser um microssistema com áreas reflexas na orelha associadas às diferentes regiões do organismo, também pode ser considerada parte integrante da medicina tradicional chinesa (MTC)³², isso porque o estímulo de pontos auriculares frequentemente segue os fundamentos e princípios terapêuticos da MTC.



História da auriculoterapia

Existem relatos históricos da utilização terapêutica do estímulo auricular por diversos povos da antiguidade, tanto na China quanto na Europa³³. Contudo, a sistematização dos mapas de pontos auriculares, bem como o uso do termo “auriculoterapia”, só ocorreu a partir do século XX³⁴. Por volta da década de 1940, o médico francês Paul Nogier iniciou seus estudos em relação ao uso terapêutico do pavilhão auricular. Nogier, que também tinha formação em acupuntura, notou a existência de cicatrizes ocasionadas por procedimentos de cauterização da orelha em diversos pacientes que chegavam ao seu consultório. Essa prática de cauterização auricular era tradicionalmente utilizada por curadores de povoados europeus e tinha como objetivo tratar casos de lombociatalgia³³. O fato do estímulo de uma região da orelha tratar dores da região lombar fez com que Nogier buscasse a correlação de outras regiões do pavilhão auricular com problemas localizados em diferentes partes do corpo. Através de sua casuística clínica, Nogier mapeou, inicialmente, cerca de 30 pontos auriculares que apresentavam correlação reflexa com diferentes regiões do corpo.

No que se refere à influência da medicina chinesa no desenvolvimento da auriculoterapia, através de descrições de livros clássicos sobre o trajeto dos meridianos de acupuntura na região da orelha, correlacionou-se estímulos do pavilhão auricular com princípios da MTC³². Os estudos de Nogier serviram de impulso para a sistematização do uso da auriculoterapia na China, sendo que em 1958 a proposta da auriculoterapia e o mapa auricular de Nogier foram publicados na Revista de Medicina Tradicional de Shangai. A partir disso, houve um crescente interesse no estudo e prática da auriculoterapia em universidades e hospitais da China. Nas décadas de 1970 e 1980 intensificou-se a quantidade de estudos e observações empíricas na área da auriculoterapia e, como consequência, o pavilhão auricular foi detalhadamente mapeado e utilizado como fonte de tratamento para diversas

disfunções³⁵. Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a auriculoterapia como terapia de microssistema para promoção e manutenção da saúde no tratamento de diversas enfermidades³⁶.

Fundamentos da auriculoterapia

A literatura que fundamenta o uso da auriculoterapia é heterogênea^{32,34}. A experiência acumulada na prática e a pesquisa em auriculoterapia em países como França, China, Rússia e Alemanha gerou a elaboração de diferentes mapas auriculares e distintas visões sobre sua prática^{32,34}. Os mapas mais consagrados são os designados como auriculoterapia europeia e auriculoterapia chinesa³⁴. Adicionalmente, a partir da década de 1980 intensificou-se a realização de estudos experimentais que buscaram correlacionar estímulos do pavilhão auricular com possíveis mecanismos neurobiológicos de controle da dor e inflamação³⁷. No campo da pesquisa clínica biomédica, também é crescente a quantidade de ensaios clínicos randomizados controlados que demonstraram a eficácia da auriculoterapia no tratamento de diferentes problemas de saúde³⁰.

Com base nas considerações acima, este curso buscou compilar informações essenciais que contemplassem as principais visões sobre a auriculoterapia. Neste sentido, o aluno será apresentado aos fundamentos da reflexologia da orelha, da medicina tradicional chinesa e da neurofisiologia associada à auriculoterapia.

Auriculoterapia segundo a reflexologia

A reflexologia da orelha propõe que qualquer alteração em um determinado órgão ou parte do corpo, poderá ser detectada e tratada pelo pavilhão auricular. Os estudos realizados por Nogier sugeriram que o pavilhão auricular representava um homúnculo muito semelhante ao apresentado por Penfield, representado no córtex cerebral. A teoria do reflexo homuncular, proposta por Nogier, é baseada na existência de uma correlação entre as áreas cerebrais e auriculares.

Os pontos reflexos da orelha (somatotopia da orelha), inicialmente descritos por Nogier, serviram como referência para o desenvolvimento dos mapas da auriculoterapia francesa e auriculoterapia chinesa³⁴. Posteriormente, Nogier fez uma série de modificações no seu mapa original (criando uma classificação de etapas de aparecimento dos pontos reflexos auriculares de acordo com o grau de cronificação da doença), as quais não foram bem aceitas pela comunidade internacional de praticantes de auriculoterapia³⁴. Desta maneira, o mapa auricular chinês passou a ter maior popularidade e foi o modelo adotado por diversos países. Nesse sentido, optou-se por utilizar os pontos reflexos do mapa chinês como o modelo de referência para esta formação em auriculoterapia. O módulo 2 apresentará os fundamentos da auriculoterapia segundo a reflexologia.

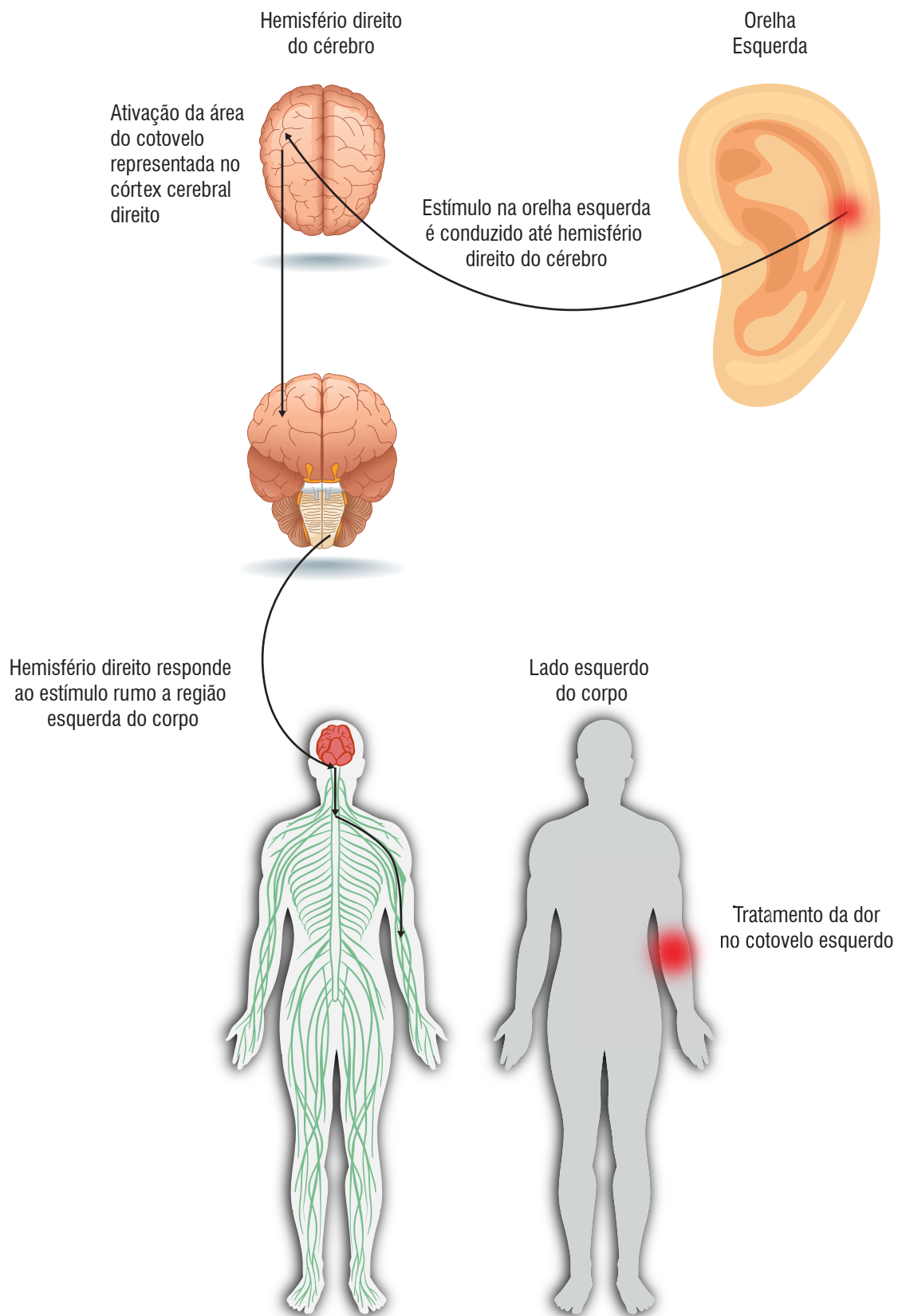


FIGURA 6: Representação da teoria do reflexo homuncular.

Auriculoterapia segundo a medicina tradicional chinesa

A auriculoterapia chinesa, além de utilizar os princípios da reflexologia, também relaciona o uso dos pontos auriculares aos fundamentos da MTC³². Segundo a teoria da MTC, os doze meridianos (usados na acupuntura) chegam até as orelhas, de forma direta ou indireta. Assim, quando algum meridiano tem seu fluxo obstruído no corpo, podem aparecer pontos dolorosos na orelha, como uma reação reflexa do local obstruído. Além disso, as funções dos órgãos e vísceras (Zang Fu) descritas na MTC podem ser estimuladas através dos pontos auriculares. Esta visão da auriculoterapia segundo a lógica da medicina tradicional chinesa será apresentada no Módulo 3.

Auriculoterapia segundo a biomedicina (neurofisiologia)

Em uma visão mais estritamente biomédica e científica da auriculoterapia, diversos estudos experimentais evidenciaram o efeito neurobiológico do estímulo do pavilhão auricular no controle de diferentes funções fisiológicas³⁷. A abundante inervação da orelha é composta por nervos espinhais e cranianos. Os nervos espinhais que chegam até a região da orelha são: nervo auricular maior e nervo occipital menor. Os principais pares cranianos que inervam o pavilhão auricular são: o trigêmeo (nervo auriculotemporal) e nervo vago. Embora não se tenha total esclarecimento sobre os mecanismos envolvidos, diversas pesquisas demonstram mecanismos de controle da dor e inflamação que são potencializados através da auriculoterapia³⁷. Alguns estudos experimentais, ensaios clínicos e saberes deles acumulados serão sinteticamente apresentados no Módulo 4, exemplificando a progressiva fundamentação biomédica da auriculoterapia hoje.

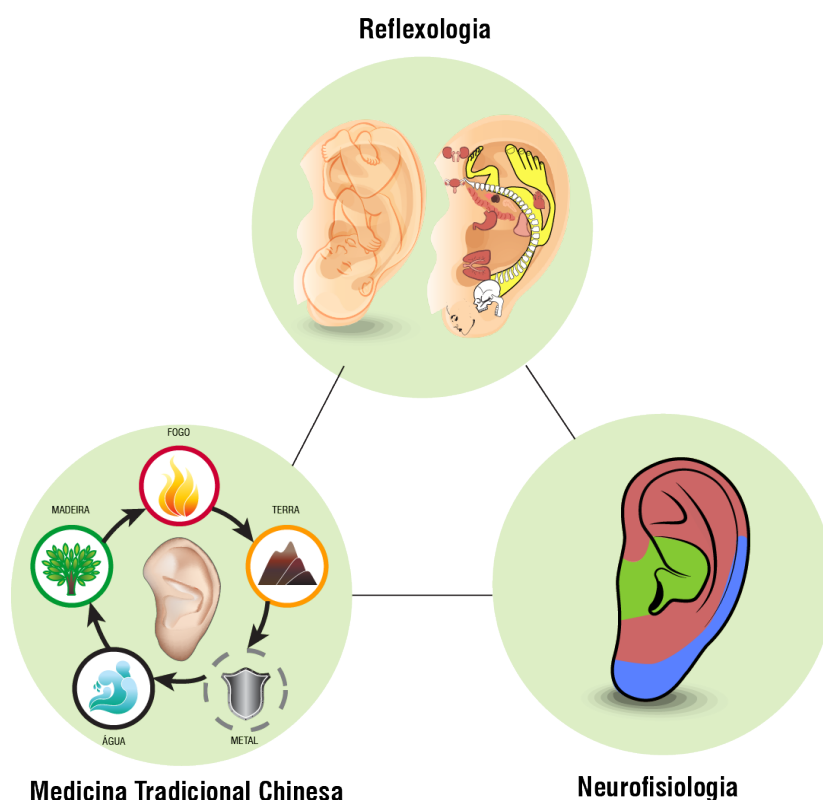


FIGURA 7: Representação das três abordagens contidas neste curso (módulos 2, 3 e 4).

Por fim, cabe ressaltar que essas formas de abordar a auriculoterapia, aqui apresentadas, não são totalmente independentes. Ao longo da leitura dos módulos ficarão evidentes as convergências e semelhanças de cada um destes modelos explicativos. As três linhas serão introduzidas nos módulos 2, 3 e 4, de modo que no módulo 5 seja possível integrá-las e aplicá-las em situações clínicas comuns na atenção básica.

Saiba mais

Saiba mais sobre os aspectos históricos da auriculoterapia acessando os Links abaixo:

- Hsü E. The History and Development of Auriculotherapy. *Acupuncture in Medicine*, 1992; 10(Suppl):109-118. doi: 10.1136/aim.10.Suppl.109
<https://arquivos.ufsc.br/f/73a5410089ab4c36bae8/>
- Ear Acupuncture in European Traditional Medicine
<https://arquivos.ufsc.br/f/6ab25dc014f843d0bd23/>
- The History, Mechanism, and Clinical Application of Auricular Therapy in Traditional Chinese Medicine
<https://arquivos.ufsc.br/f/507ed14e19f24ccf880f/>
- Documento histórico da Organização Mundial de Saúde sobre a nomenclatura dos pontos de auriculoterapia <https://arquivos.ufsc.br/f/b6e94957a04142d9834b/>
- Nogier R. History of Auriculotherapy: Additional Information and New Developments. *Med Acupunct*. 2021 Dec 1;33(6):410-419. doi: 10.1089/acu.2021.0075.
Disponível em: <https://arquivos.ufsc.br/f/454ba0012e374d6794f9/>



Referências bibliográficas

1. NCCIH. National Center Complementary and Integrative Health. <https://nccih.nih.gov/>
2. WHO. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy, 2014-2023. Geneva: World Health Organization, 2013.
3. NOGALES-GAETE, J. Medicina alternativa y complementaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiatria*, v.4, p.243-25, 2004.
4. NCCAM. National Center of Complementary and Alternative Medicine. What is Complementary and Alternative Medicine? CAM Basics. National Institutes of Health. No. D347. Bethesda; Nov 2010.

5. LANGDON, E.J. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In: Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença (L.S. Jeolão e M. Oliveira, org.). Londrina, Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, 2003. p.91-107.
 6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/npic.pdf>
 7. ANDRADE, J.T. Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: EDUFBA: EdUECE, 2006.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2006/2010 – Práticas Integrativas e Complementares no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. – Brasília, 2011.
 9. SOUSA, I.M.C.; VIEIRA, A.L.S. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. Ciência e Saúde Coletiva, v.10(sup), p.255-266, 2005.
 10. 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.
 11. SOUSA IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cad. Saúde Pública, 2017; 33(1): e00150215. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150215>.
 12. FAQUETI A, TESSER CD. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários. Cien Saude Colet [periódico na internet](2016/Ago). [Citado em 29/07/2017]. Está disponível em: <https://arquivos.ufsc.br/f/203ad9dfaaea4b96bab7/>
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma realidade no SUS. Revista Brasileira Saúde da Família. 2008. Disponível em: <https://arquivos.ufsc.br/f/0ee3f0ca501c4217a63a/>
- Acesso em: 27 ago 2015.
14. MCWHINNEY, I.R. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
 15. LEVIN JS, JONAS WB, editores. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole, 2001.

16. ASTIN, J.A. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *Journal of American Medical Association*, v.279, n.19, p.1548-53, 1998.
17. DAVIS-FLOYD, R.; ST. JOHN, G. *Del médico al sanador*. 1ª ed. Buenos Aires: Creavida, 2004.
18. CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
19. ZHAO H, TAN J, WANG T, JIN L. Auricular therapy for chronic pain management in adults: A synthesis of evidence. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol.21, p.68-7, 2015.
20. HERMAN, P.M.; POINDEXTER, B.L.; WITT, C.M. et al. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*, v.2, p.1-16, 2012. doi:10.1136/bmjopen-2012-001046.
21. KOOREMAN, P; BAARS, E.W. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ.*, v.13, n.6, p.769-76, 2012.
22. SALLES, S.A.C.; SCHRAIBER, L.B. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.1, p.195-202, 2009.
23. QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública* 2000; 6(2)363-375.
24. SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.11, p.3011-3024, 2012.
25. CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, 1998.
26. CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e cogestão de coletivos - A constituição do sujeito, produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.
27. CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saude, Educ*, v.9, n.16, p.161-168, 2005.
28. FEUERWERKER, L.C.M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
29. CECCIM, R.B, FEUERWERKER L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle Social. *Physis: Rev Saude Coletiva*, v.14, n.1, p.41-64, 2004.
30. HOU PW, HSU, HC, LIN, YW, et al. The History, Mechanism, and Clinical Application of

Auricular Therapy in Traditional Chinese Medicine. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:495684.

31. WANG, Y. Micro-acupuncture in practice: Elsevier Health Sciences, 2008.

32. ABBATE, S. Chinese auricular acupuncture: CRC Press; 2016.

33. GORI L, FIRENZUOLI, F. Ear acupuncture in European traditional medicine. Evid Based Complement Alternat Med. Sep 2007;4(Suppl 1):13-16.

34. OLESON, T. Auriculotherapy manual: Chinese and Western systems of ear acupuncture: Elsevier Health Sciences, 2013.

35. GARCIA, E. Auriculoterapia. São Paulo: Editora Roca, 1999.

36. WHO. World Health Organization. Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. France, 1990.

37. OLESON, TD. Bases neurofisiológicas da acupuntura auricular. In: Stux G, Hammerschalg R, eds. Acupuntura Clínica - Bases Científicas. São Paulo: Manole, 2005.