

**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

Módulo 5

Uso da auriculoterapia na
atenção básica

Ronaldo Zonta

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

Z87f Zonta, Ronaldo
Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da atenção básica [recurso eletrônico] : Módulo 5: Uso da auriculoterapia na atenção básica / Ronaldo Zonta .– Florianópolis : CCS/UFSC, 2025.
34 p. : il., fig., gráf., fots. – (Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da atenção básica, v. 5.)

E-book (PDF)
ISBN 978-85-8328-321-8

1. Auriculoterapia. 2. Terapias complementares. 3. Atenção primária à saúde. I. Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da atenção básica : Módulo 5: Uso da auriculoterapia na atenção básica.

CDU: 615.814.1

金
木
水
火
土

MÓDULO 5

Uso da auriculoterapia
na atenção básica

Sumário

Apresentação do módulo.....	5
UNIDADE 1: atenção básica e auriculoterapia	8
A Atenção Básica	9
A inserção da auriculoterapia na AB	19
UNIDADE 2: Usos da Auriculoterapia na rotina de atendimentos da AB	25
Auriculoterapia nos atendimentos de urgência na AB.....	26
Auriculoterapia no autocuidado das equipes/profissionais de saúde.....	26
Auriculoterapia no cuidado de rotina dos pacientes na AB.....	27
Auriculoterapia para cuidado em grupos na AB	28
UNIDADE 3: educação permanente e auriculoterapia na AB	29
Bibliografia utilizada	33



Palavra do professor

Caro aluno

Nesse módulo você irá revisar os conceitos de atenção básica (AB) e seus atributos, refletir sobre o acesso e acolhimento para inserir a Auriculoterapia como uma das opções terapêuticas em seus atendimentos e no cotidiano do trabalho na AB, assim como no autocuidado dos profissionais de saúde e nos processos de educação permanente das equipes. Ao final desse módulo esperamos que você seja capaz de integrar as três abordagens apresentadas da auriculoterapia para traçar um plano terapêutico relacionado às situações específicas do cotidiano do trabalho na AB.

Bom estudo!

Estrutura do módulo

UNIDADE 1 AB E AURICULOTERAPIA

- A atenção básica
- A inserção da auriculoterapia na atenção básica

UNIDADE 2 USOS DA AURICULOTERAPIA NA ROTINA DE ATENDIMENTOS DA AB

- Auriculoterapia nos atendimentos de urgência na AB
- Auriculoterapia no cuidado de rotina dos pacientes na AB
- Auriculoterapia para cuidado em grupos na AB
- Usos da auriculoterapia no autocuidado das equipes/profissionais de saúde

UNIDADE 3

- Educação permanente e auriculoterapia na AB

Ementa do módulo

- A AB e a inserção da auriculoterapia. Auriculoterapia como uma terapia complementar na prática da AB (ESF e NASF).
- Uso da auriculoterapia em atendimento individual: construção de plano terapêutico; interpretação de casos clínicos, acompanhamento;
- Uso da auriculoterapia em grupos terapêuticos: tabagismo, nutrição, saúde mental, doenças crônicas, saúde do trabalhador, grupos de dor, gestação, etc. Acompanhamento.
- Uso da auriculoterapia no autocuidado da equipe.
- Implantação da auriculoterapia na AB com base na cogestão e educação permanente: discussão com equipe, pactuar as ações a serem implantadas; realizar educação permanente da equipe.

Objetivos do módulo

- Analisar os casos clínicos relacionando o conhecimento adquirido.
- Desenvolver um plano terapêutico articulando os princípios da auriculoterapia para os casos clínicos.
- Aplicar a técnica terapêutica de auriculoterapia conforme plano de atendimento elaborado a partir da avaliação e anamnese.
- Analisar a evolução clínica com atualização do plano terapêutico.
- Elaborar plano terapêutico de auriculoterapia para os grupos atendidos na AB.
- Identificar os principais sinais de alarme (“red flags”) de doenças graves que necessitam de investigação imediata.
- Conhecer os principais cuidados para uso da técnica de auriculoterapia com segurança.
- Construir uma proposta de aplicação da técnica de auriculoterapia no contexto da AB de sua atuação.

UNIDADE 1

atenção básica e auriculoterapia

- A atenção básica
- A inserção da auriculoterapia na atenção básica



A Atenção Básica

“Um sistema de saúde com forte referencial na atenção primária à saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social.”

Bárbara Starfield

A Atenção Básica (também conhecida como Atenção Primária) é uma forma de organizar e estruturar os serviços de saúde. É a **porta de entrada** do sistema, responsável por atender as diversas demandas e necessidades de uma **determinada população** e **coordenar o cuidado** delas em relação aos demais níveis do sistema. No caso do Brasil, a AB vem se tornando uma realidade no SUS através da **Estratégia de Saúde da Família (ESF)**.

A ESF é organizada para que cada pessoa seja vinculada a uma equipe de saúde composta por um médico generalista ou Médico de Família e Comunidade (MFC, médico especialista no cuidado de pessoas de todos os tipos na AB), um enfermeiro, técnico/s de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Saiba mais:



Vídeo: ‘Conheça a Estratégia de Saúde da Família’

<https://arquivos.ufsc.br/smart-link/3c5701b8-1285-48f8-a481-429ef59271f5/>

A equipe da ESF é responsável pelo atendimento e resolução de **80% a 90% dos problemas de saúde de uma determinada população**. Esses problemas podem ser tanto simples, como complexos e geralmente são atendidos em suas fases iniciais, sendo muitas vezes inespecíficos e manifestando-se como queixas vagas e mal definidas, o que demanda dos profissionais aliar conhecimentos técnicos de **Medicina Baseada em Evidências** e de **Habilidades de Comunicação** para lidar com a incerteza.

Saiba mais clicando nos seguintes links:



- [A incerteza, a consulta, a medicina centrada na pessoa e os riscos: caso clínico](#)
- [Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre](#)
- [Vídeo 'Quais os aspectos essenciais que diferenciam a prática profissional na Atenção Básica?'](#)

As equipes realizam um cuidado abrangente (**integralidade**) tanto com ações curativas, preventivas, de reabilitação e promoção de saúde; atendendo de forma individual (em consultório ou em domicílio) ou coletiva (grupos). Além de responsabilizarem-se pela coordenação do cuidado de um ou mais problemas de saúde de uma pessoa/família/comunidade ao longo do tempo (**longitudinalidade**).

Elas são apoiadas e trabalham em conjunto com as **Equipes de Saúde Bucal** e **equipes multiprofissionais**, o que contribui para ampliar a resolubilidade das equipes de AB.

Você Sabia?

As pessoas que têm acesso a um serviço de AB de qualidade e consultam com os mesmos profissionais, têm menor probabilidade de internarem em um hospital por condições chamadas de sensíveis à AB (problemas de saúde que podem ser prevenidos, tratados ou controlados se a pessoa tem uma equipe de saúde da família como referência ao longo do tempo). Estudos demonstram que essas pessoas irão internar menos por complicações de doenças como hipertensão arterial, diabetes e pneumonias. Além disso, pesquisas mostram que elas seguem melhor os tratamentos propostos, necessitam usar menos os serviços de urgência como UPAs e emergências hospitalares, descobrem cânceres em estados mais precoces e realizam mais cuidados de prevenção.

Saiba mais no livro:

- **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia**, disponível para download [aqui](#):

Este livro tem a intenção de ajudar os leitores a entenderem o papel da atenção primária como um foco de organização dos sistemas de saúde, oferecer evidências científicas disponíveis sobre sua utilidade e ajudar no seu desenvolvimento e crescimento.

Entretanto, as crescentes ameaças à qualidade da atenção e as crescentes iniquidades sociais que ameaçam piorar ainda mais as disparidades entre as populações socialmente favorecidas e as socialmente desfavorecidas traz uma nova urgência ao tópico da efetividade e equidade dos serviços de saúde e o papel da atenção primária em melhorá-las.

Em sua forma mais altamente desenvolvida, a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o locus de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo. Existe ainda a crença predominante de que a essência da atenção primária é fundamentalmente simples. Nada pode estar mais longe da verdade, e este livro é testemunha destes desafios.



Dessa forma, as equipes da ESF são referência para os problemas de saúde de uma determinada população que irá procurar o Centro de Saúde para as mais diversas queixas e demandas. Como por exemplo:

- Avaliar e tratar uma dor de cabeça, uma crise ou outros problemas de saúde.
- Retirar um nevo, uma verruga ou avaliar um abscesso.
- Escolher um método contraceptivo (Ex: inserir um DIU).
- Perguntar sobre exames de rotina (check-up).
- Levar seu avô, que anda muito esquecido e toma medicamentos para Hipertensão e Diabetes.
- Iniciar seu seguimento pré-natal (ou de sua esposa-namorada).

Os atributos da AB

A AB orienta-se por alguns eixos/elementos estruturantes, conhecidos por atributos: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, atenção à saúde centrada na família/orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Vamos agora conhecer um pouco mais sobre os atributos da AB:

- **Porta de entrada/primeiro contato:** a AB é o primeiro local que uma pessoa pensa em procurar se apresenta uma demanda/queixa/problema/dúvida em relação a sua saúde, seja esse problema novo ou um novo episódio de um problema antigo. Se essa pessoa tem como referência sua equipe da ESF e consegue acesso fácil e rápido para resolver seu problema, sabe-se que ela terá diversas vantagens como: irá precisar realizar menos consultas, menos exames, menos cirurgias para resolver um mesmo problema, e terá acesso mais adequado, rápido e de maior qualidade aos outros serviços e ações de saúde que pode vir a precisar.

Reflexão:

Sugerimos refletir em uma reunião de sua equipe se o Centro de Saúde e seus profissionais são identificados como primeiro recurso de saúde a ser procurado pela pessoa e sua família. E também o porquê de ser ou não identificado como primeiro local que o paciente procura para atendimento.

- **Longitudinalidade, continuidade do cuidado e estabelecimento de vínculo:** significa que uma pessoa tem um vínculo de confiança com um ou mais profissionais de saúde de sua equipe de referência ao longo do tempo sendo que procura esse/s profissional/ais para qualquer tipo de problema e é reavaliada por ele/s. Ou seja, ela realiza um atendimento de urgência por dor de garganta e é reavaliada pelo mesmo profissional médico ou enfermeiro em dois dias, por exemplo. Da mesma forma, ela é acompanhada na sua gestação, nos seus atendimentos por gripes/resfriados, tem seu filho acompanhado pela equipe e quando entra na menopausa tem o mesmo médico e/ou enfermeiro que lhe conhece há muitos anos para lhe atender nessa fase da vida.

Reflexão:

Sugerimos que você reflita em sua equipe se a população conhece os profissionais de sua equipe pelo nome, são familiarizados com eles, e quanto tempo esses profissionais atuam e permanecem na mesma equipe.

- **Coordenação do cuidado:** sabemos que as necessidades em saúde são múltiplas e complexas, necessitando de profissionais de diversas categorias, bem preparados e atuando de forma bem coordenada. Para serem resolvidas algumas necessidades de saúde, precisarão de uma boa articulação com os demais serviços de saúde na atenção secundária (consultas com especialistas, CAPSs, por exemplo), terciária (cuidados hospitalares) e outros espaços como Escolas, CRAS (Centros Referência de Assistência Social), por exemplo.

Nesse sentido, é papel das equipes de saúde da família responsabilizarem-se pelo paciente e sua família, coordenando o cuidado dele, ou seja, realizando e garantindo troca de informações (referências e contra referências) de forma adequada e eficiente. A realização de interconsultas entre os profissionais, estratégias de matriciamento como as usadas com o NASF, encontros para discussão de casos com profissionais de diversos pontos de atenção e uso de ferramentas de teleconsultoria como telefone e e-mail são fundamentais para consolidar a coordenação do cuidado realizada pelos serviços da AB.

Reflexão:

Sugerimos que reflita sobre como a sua equipe utiliza o prontuário para troca dessas informações, se os pacientes que são encaminhados continuam em acompanhamento com a equipe (seja enquanto esperam uma consulta especializada ou determinado exame, seja quando já tenha realizado a consulta ou exame em outro ponto do sistema). Também se sugere que a equipe crie um e-mail para contato com os diversos pontos da rede de saúde.

- **Integralidade e abrangência do cuidado:** tem a ver com a capacidade de uma equipe de identificar e lidar com os mais diversos problemas de saúde de sua população, atuando na prevenção, tratamento, reabilitação e promoção de saúde, resolvendo-os ou encaminhando-os de forma adequada para que recebam cuidados em outros pontos do sistema de saúde (como ambulatórios especializados em policlínicas ou hospitais) quando necessário. Quanto mais serviços eficazes são ofertados pela equipe, melhor a atenção em saúde prestada. Isso quer dizer que é muito importante ampliar a oferta dos serviços, mas também selecionar quais são esses serviços, pois alguns podem não ser eficazes, outros podem ter um custo desproporcional a sua efetividade e outros ainda podem causar danos.

Você Sabia?

Diversos municípios têm criado **Carteiras de Serviços para a AB** que são documentos listando quais são os serviços essenciais que são oferecidos pelos Centros de Saúde visando uma maior homogeneidade na oferta entre suas diversas equipes. Da mesma forma, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) construiu um documento listando quais as habilidades e competências que um médico que atua na AB deve ter. Em ambos os documentos encontraremos a oferta das Práticas Integrativa e Complementares (PICs) como serviços a serem ofertados pela AB e pelo MFC.

Saiba mais clicando nos seguintes links:

- [Carteira de Serviços do Rio de Janeiro/RJ](#)
- [Currículo de competências para a medicina de família e comunidade](#)



Reflexão para quem leu sobre carteiras de serviços e competências do médico de família:

Reflita em equipe sobre quais os serviços que sua equipe não oferece e o porquê.

Acesso de primeiro contato/porta de entrada

Sabemos que para ‘tirar do papel’ esse modelo de AB temos que superar vários desafios. Diversas pesquisas, que usam um dos instrumentos mais validados para medir os atributos da AB, o PCATool, demonstram que um dos atributos que mais precisamos avançar é o acesso de primeiro contato/porta de entrada. Dessa forma, é preciso superar modelos de acolhimento, acesso e formas de marcação de consultas burocratizados.

Saiba mais baixando o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - **PCATool Brasil**. Clique [aqui](#) para fazer o download.



Muitas equipes ainda realizam marcação de consultas somente em dias específicos, com tempos de espera de mais de sete dias ou até algumas semanas, funcionando somente com o acesso

programático, ou seja, reservando vagas para programas ou populações específicas como hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes, idosos, pessoas com tuberculose ou hanseníase.

Nelas, a carteira de serviços ofertada (abrangência) é limitada para ações de cuidados de crônicos e de prevenção, o médico vira 'especialista em pacientes crônicos estáveis', a enfermeira ocupa a maior parte de seu tempo em atividades burocráticas e pouco exerce a clínica, o técnico de enfermagem não é referência de uma equipe específica e os ACS realizam tarefas burocráticas de cadastramento em detrimento de ações de cuidado em saúde.

Esse formato tradicional não atende ou limita o atendimento de condições agudas de urgência e emergências que seriam melhor resolvidas na AB, lotando UPAs e emergências hospitalares mesmo durante os horários de funcionamento dos Centros de Saúde.

Também temos como consequência a **Lei de Cuidados Inversos**. Um exemplo disso é quando negamos atendimento a uma paciente da equipe, profissional do sexo, não frequentadora do Centro de Saúde que vem às 11h00 para consultar devido a sua unha encravada. Ao não a atendermos, perdemos a oportunidade de avaliar seu status sorológico para DSTs e sua rotina de rastreamento de câncer de colo de útero (visto que as profissionais do sexo são uma população de risco).

Por outro lado, a equipe realiza, desnecessariamente, de ano em ano o citopatológico do colo do útero em mulheres casadas, sem fatores de risco e que frequentam regularmente o Centro de Saúde.

Você Sabia?

A Lei de cuidados inversos foi concebida em 1971 por Julian Tudor Hart e diz que o acesso à atenção médica ou social de qualidade varia inversamente à necessidade de saúde de uma população.

Saiba mais clicando nos seguintes links:

- [The inverse care law](#)
- [Lei de prevenção inversa: é possível que as intervenções em saúde pública aumentem as desigualdades sociais?](#)

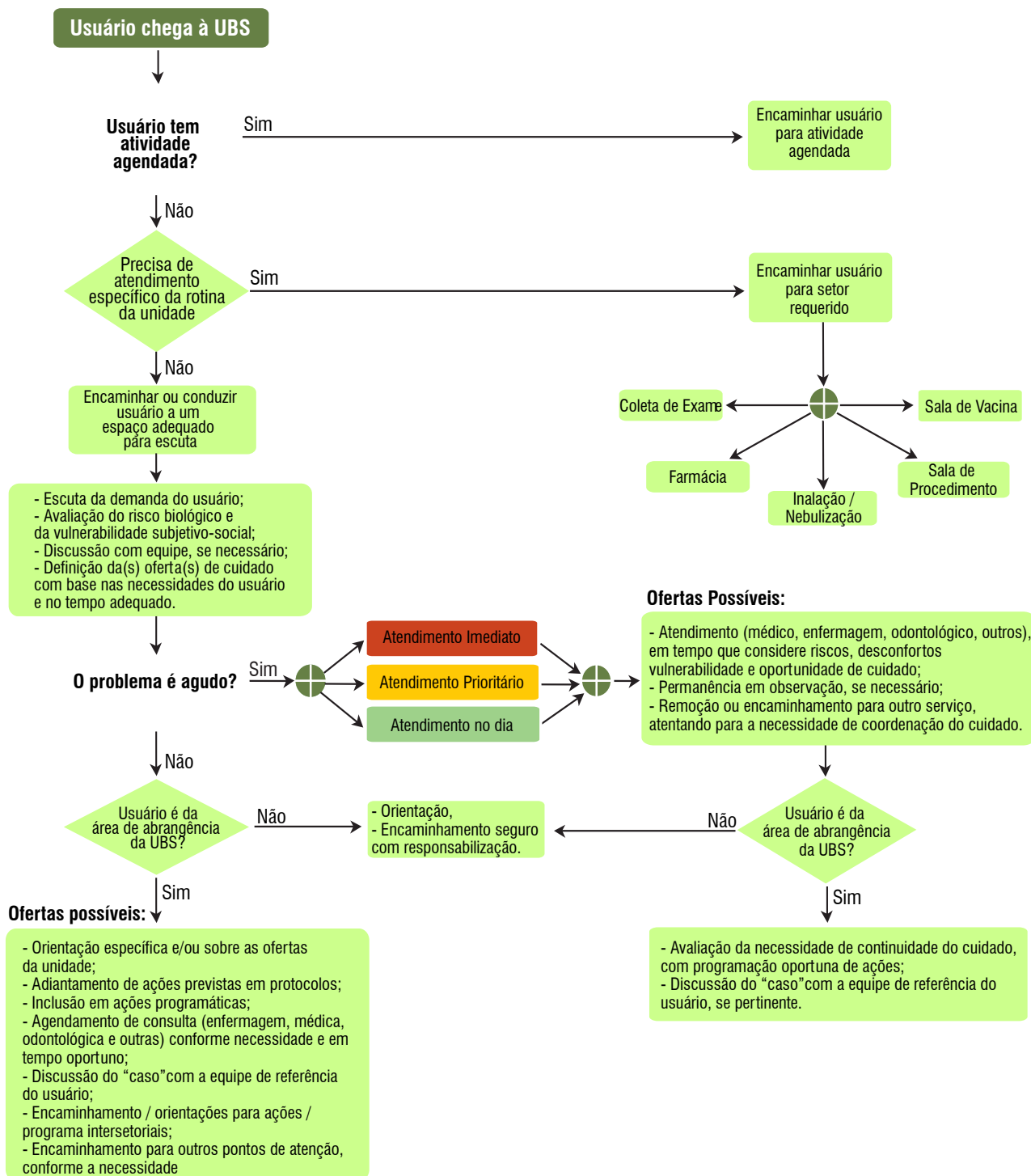


Reflexão:

Procure conhecer os dados sobre quantidade e frequência de consultas dos pacientes de sua equipe na UPA durante o horário de funcionamento do Centro de Saúde. Faça uma reflexão sobre o acesso com base nesses dados. Por que esses pacientes não procuram a equipe para resolver esses problemas de saúde e estão indo para a UPA?

Para propor alternativas a esse modelo vem surgindo diversas propostas como o **Acolhimento** e o **Acesso Avançado**.

A proposta do **Acolhimento** traz para a equipe a reflexão de que acolher é uma postura e uma prática que deve estar presente em todos os encontros entre pacientes e profissionais de saúde, estando esses dispostos a reorganizar o processo de trabalho, com o fim de ampliar o acesso e receber/escutar todas as pessoas que procuram atendimento, o que se convencionou chamar de 'escuta qualificada'. O modelo de acesso deixa de ser realizado pelo 'pessoal do balcão' dos Centros de Saúde (geralmente profissionais administrativos) sob o critério de ordem de chegada, e passa a ser realizado pelos profissionais de saúde (nos mais diversos modelos a primeira escuta pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, de preferência da equipe de referência da pessoa – incluindo os ACSs) de forma qualificada e humanizada, com avaliação de risco e vulnerabilidade na priorização dos casos.



Fonte: CAB 28

Clique no link a seguir:

- [Caderno de Atenção Básica nº 28: Acolhimento a demanda espontânea vol 1](#)



O paradigma do **Acesso Avançado**, por sua vez, visa reorganizar o processo de trabalho e as formas de agendamento, para oferecer um melhor acesso com os mesmos recursos profissionais, objetivando que o paciente consiga uma avaliação ou consulta com sua equipe de referência no momento mais adequado, de acordo com sua necessidade, preferencialmente em até 48h.

Entende-se assim que uma AB forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um **atendimento quando precisa**, no **horário mais adequado** e com a **forma de agendamento mais confortável**.

Clique nos seguintes links:



- [Vídeo: 'Gestão da Clínica: experiência de uma UBS de Florianópolis'](#)

Reflexão:

É importante observar que algumas vezes temos Centros de Saúde relativamente vazios e profissionais ociosos. Isso pode significar que a população não procura a equipe de saúde da família como referência, pois suas demandas não são atendidas por dificuldades de acesso. O fato das pessoas procurarem os seus profissionais de referência para atendimento de suas mais diversas demandas, seja uma dor de cabeça que ele precisa avaliar às 11h00 da manhã ou uma sutura que precisa realizar às 15h00 ou a renovação de uma receita, significa que a população tem confiança, admiração e respeito profissional com os componentes da equipe.

A inserção da auriculoterapia na AB

A partir do entendimento de qual o papel da AB e da ESF, vamos agora refletir como podemos inserir e integrar a Auriculoterapia no cotidiano do trabalho das equipes da ESF.

Como estudamos acima, na AB atendemos uma variedade de problemas de saúde, sendo que muitos destes apresentam-se em fases iniciais, sendo **inespecíficos** e manifestados por **queixas vagas e mal definidas**. Ou ainda, problemas complexos que ocorrem juntos em uma mesma pessoa (**multimorbidade**).

Observa-se que a medicina moderna ocidental, apesar do avanço tecnológico trazer uma série de benefícios para a melhora da qualidade de vida da população, passa por uma crise ao se afastar das técnicas nucleares do cuidado que são a anamnese e o exame físico (tecnologias leves), e colocar no centro do cuidado os exames complementares (tecnologias duras). A medicina, exercida dessa forma, tem diversas limitações para o cuidado das pessoas, seja não compreendendo algumas de suas queixas por não se enquadrarem em padrões de doenças, seja oferecendo respostas muitas vezes iatrogênicas.

Soma-se a isso o número de estudos e pesquisas sobre os danos que a medicalização de alguns problemas de saúde causa às pessoas, como o excesso de exames e seus falsos-diagnósticos (por exemplo, o caso do rastreamento de câncer de próstata que foi até pouco tempo atrás amplamente recomendado e hoje é proscrito pelo risco de intervenções desnecessárias que não prolongam a vida do paciente e pioram sua qualidade de vida) ou com os efeitos colaterais de medicamentos/tratamentos muitas vezes usados de forma desnecessária (por exemplo, a crescente resistência bacteriana como consequência do uso irracional de antibióticos para tratamento de patologias como otites e sinusites não complicadas), sem contar a discussão sobre *disease mongering* e a criação de doenças imaginárias.

Atualmente emergem conceitos denominados ***disease mongering***, ***selling sickness*** e ***doctor shopping***. Estes são três grandes fenômenos do mercado notoriamente lucrativo e que trazem agora o desafio de expansão exponencial a níveis nunca antes alcançados, segundo um simples princípio: o lucro obtido com as pessoas com patologias já é considerável, porém poderá ser talvez ainda maior se for abarcado o grupo das pessoas não doentes.

Disease mongering tem uma tradução portuguesa grosseira para “comercializar a doença” e consiste no fenômeno de fomentação de uma preocupação generalizada, indiscriminada e inadequada entre as pessoas da população geral, não doentes, sobre o eventual surgimento de uma doença que coloque em risco suas vidas ou sua qualidade de vida, elevando a necessidade de atitudes (lucrativas para terceiros) para reduzir esse risco.

Estimulada por entidades com fins lucrativos, a intensa propaganda de indução desse receio consegue atingir também os médicos por meio de estratégias bem montadas (envolvendo, quiçá, opiniões de outros profissionais de saúde, chamados de opinion leaders ou formadores de opinião) que estreitam os limites do normal e alargam o que passa a ser considerado patológico, incentivando a medicalização. Nesse sentido, vale lembrar dos movimentos que procuram resgatar o princípio do “em primeiro lugar, não fazer mal” (*primum non nocere*), com a discussão em torno da Prevenção Quaternária.

Desde o tempo do médico grego Hipócrates que se conhece o potencial de dano do tratamento médico. O princípio “em primeiro lugar, não fazer mal” (*primum non nocere*) é um dos mais importantes da ética médica. Com a evolução da medicina, conseguimos reduzir consideravelmente as iatrogenias mas criamos novas formas de iatrogenia que são tão danosas quanto as do passado, muitas delas pelo uso excessivo, desnecessário e/ou mal-indicado da tecnologia (exames, remédios...) na prevenção e tratamento de doenças.

Concebido em 1986 e apresentado pela primeira vez em 1995 pelo médico de família belga, Marc Jamouille, o conceito de Prevenção Quaternária se contrapõe à iatrogenia médica do século 21 e visa identificar pacientes em risco de excessos de tratamentos e diagnósticos médicos, protegendo-os de uma nova invasão médica e propondo alternativas eticamente aceitáveis.

Saiba mais sobre *Disease mongering*:

Saiba mais sobre prevenção quaternária:

- Edição especial da RBMFC:

<http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/issue/view/44>



Há uma crescente insatisfação com a biomedicina devido a essas diversas características e fenômenos como a iatrogenia de suas práticas, o uso de métodos invasivos caros e nem sempre eficazes, o foco na doença e não no paciente e a sua impessoalidade.

Dessa forma, observa-se uma busca cada vez maior das pessoas pelas PICs que podem ter qualidades mais humanizadas, com maior integralidade da atenção, menor potencial de dano e uma compreensão mais holística do corpo e do adoecimento, e que dêem respostas as suas diversas queixas e problemas de saúde não tratados pela medicina moderna ocidental.

Incorporar as PICs na ‘maleta de ferramentas’ dos profissionais de saúde expande o conhecimento destes e aumenta seu leque de possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Com isso, o profissional tem novas ferramentas que podem ajudar a explicar e responder de forma rápida e menos iatrogenizante ao conjunto de sintomas “inexplicáveis” para a biomedicina, que não se encaixam nas classificações diagnósticas e explicações fisiopatológicas. Além de que os atributos da AB tornam ela um espaço privilegiado para a aplicação dessas práticas, pois os profissionais de saúde conhecem melhor aquela pessoa ao atenderem ela e sua família ao longo do tempo em seus mais diversos problemas. Com isso, reúnem informações que servirão para um melhor e mais abrangente diagnóstico em PICs.

Tanto as equipes da ESF, equipes de saúde bucal, quanto os profissionais do NASF podem adotar em seu arsenal terapêutico essas práticas. Entre elas, a Auriculoterapia é uma das mais **simples, rápidas e fáceis de serem incorporadas à rotina dos atendimentos dos profissionais**. E pode trazer uma série de benefícios aos seus pacientes.

Como inserir os atendimentos de auriculoterapia na rotina de atendimento dos profissionais de saúde

Ao planejar a inserção da auriculoterapia na sua rotina de atendimentos é importante levar em conta a discussão que fizemos sobre os atributos da AB e sobre as possibilidades e modelos de acesso e acolhimento para evitar a criação 'ambulatórios especializados' em auriculoterapia ou restringirmos/burocratizarmos o acesso da população a esse e outros serviços ofertados. A inserção da auriculoterapia na rotina das equipes deve sempre configurar uma ação de **ampliação de acesso e qualificação do serviço**, na perspectiva da **integralidade**.

A auriculoterapia por se tratar de uma técnica **simples, rápida e fácil** pode estar inserida em diversos momentos, seja no atendimento individual de urgência ou programado, seja no atendimento em grupos. É importante identificar quais são os profissionais da equipe que dominam a técnica e quais estão interessados em aprendê-la, para assim organizar processos de educação permanente com apoio desses profissionais especialistas ou instituições formadoras, a fim de ampliar a oferta da ferramenta.

Selecionamos uma série de exemplos e ideias de como inserir a auriculoterapia nos atendimentos:

- **Consulta de médica:** pode ser ofertada para tratamento de uma cefaleia tensional ou enxaquecosa em um **atendimento de urgência**. Ou para o tratamento de uma dor lombar crônica em um idoso que estava em **atendimento de rotina** de hipertensão, por exemplo. O profissional pode ofertar como **alternativa ou adjuvante ao tratamento** analgésico da dor e realizar a técnica na **sua consulta mesmo ou referenciando** para o profissional de enfermagem habilitado que poderá fazer uma interconsulta entrando no atendimento ou atendendo em seu próprio consultório com
- **Consulta de enfermagem:** tanto em consultas de **demanda espontânea** quanto **consultas programadas**, pode ser um recurso para situações comuns como, por exemplo, Transtorno Pré Menstrual identificado durante um atendimento para coleta de citopatológico. A enfermeira realiza a técnica ao **final da consulta** ou agenda **retornos** semanais do paciente em **consultas pontuais** de 5 minutos com o objetivo de reavaliar o paciente e reaplicar a técnica dentro do número de sessões proposto;

- **Consulta do dentista:** da mesma forma que o médico ou enfermeiro, o profissional odontólogo pode inserir a técnica nos atendimentos tanto de **urgência** como alternativa ou adjuvante no tratamento analgésico da dor de dente, como de **rotina** no tratamento alternativo ou adjuvante da dor crônica de distúrbios da ATM.
- **Interconsultas e Atendimentos pontuais:** tanto o médico, enfermeiro e dentista podem ser referência em auriculoterapia para os demais profissionais que não são habilitados a aplicar a técnica. Sendo assim, quando solicitados podem realizar uma interconsulta entrando no consultório do profissional solicitante ou atendendo em seu próprio para aplicar a técnica. Ou ainda agendar atendimentos pontuais rápidos semanais, de 5-7 minutos, para aplicar a técnica e reavaliar o paciente após uma primeira consulta usando a propedêutica da auriculoterapia. Sugere-se que para essas sessões semanais o profissional reserve apenas um determinado horário ao final do turno de trabalho, evitando ficar indisponível para atendimento de eventuais urgências clínicas que possam ocorrer durante as sessões;
- **Consulta dos profissionais NASF:** pode ser uma técnica para: alívio da ansiedade em pacientes em acompanhamento psicológico, ou em acompanhamento nutricional por obesidade, ou para alívio da dor em atendimentos coletivos de profissionais da fisioterapia em grupos de dor lombar; ou ainda para alívio da dor num atendimento do assistente social a um trabalhador com dor lombar relacionada ao trabalho. O profissional aplica a técnica ao final da consulta/grupo e pode envolver o profissional da equipe da ESF de referência do paciente para dar seguimento ao tratamento se não dispor de tempo adequado para tal fim;
- **Grupos:** os profissionais podem ofertar e realizar a técnica nos encontros periódicos de grupos de tabagismo ou grupos de alongamentos, por exemplo. **Seleciona-se uma gama de pontos para aplicar em todos os pacientes.** Neste caso, são muito utilizados os protocolos de tratamentos vistos no módulo 4 (e outras recomendações clínicas baseadas em evidências estão disponíveis no site deste curso: <https://auriculoterapiasus.ufsc.br/recomendacoes/>

Quando começar a disponibilizar a auriculoterapia na rotina dos seus atendimentos, é importante levar em conta a **Competência Cultural** necessária e o respeito à autonomia do paciente em decidir sobre seu corpo.

Dessa forma, o profissional de saúde deve desenvolver **habilidades de comunicação** para poder oferecer a técnica de forma ser mais adequada e incorporada como uma ferramenta de cuidado em saúde a ser cogitada pelo próprio paciente quando esse busca atendimento.

Competência cultural: é um atributo derivado da prática na AB e refere-se à forma como a pessoa compreende seu adoecimento e constrói seus modelos explicativos do fenômeno. Em um país de tantos contrastes e diversidades, é um desafio ao profissional estar apto a se comunicar sem ruídos com sua população.

Saiba mais:

- **Vídeo: Habilidades de comunicação na relação médico-paciente**



É essencial conhecer e respeitar as crenças e opiniões do paciente. Algumas pessoas podem considerar a técnica ineficaz, mesmo sem nunca tê-la experimentado, ou então entender que ela é contraindicada pela sua religião ou crença.

Pergunte: ‘A Sra. já ouviu falar, conhece, já fez ou conhece alguém que fez auriculoterapia? O que a Sra. acha dessa técnica?’

Nesse sentido sugerimos sempre oferecer as técnicas como uma alternativa ou adjuvante de outras opções terapêuticas e ajudar o paciente a decidir se vai ou não optar por ela, explicando seu suposto mecanismo de ação, indicações, efeitos adversos e contra-indicações.

Atenção: É importante estar atento na evolução clínica do paciente, pois o mesmo pode ter que ser reavaliado quanto ao seu diagnóstico se o quadro clínico não apresentar melhoras, piorar ou apresentar novos sinais/sintomas.

UNIDADE 2

Usos da auriculoterapia na rotina de atendimentos da AB

- Auriculoterapia nos atendimentos de urgência na AB
- Auriculoterapia no cuidado de rotina dos pacientes na AB
- Auriculoterapia para cuidado em grupos na AB
- Auriculoterapia no autocuidado das equipes/profissionais de saúde



Auriculoterapia nos atendimentos de urgência na AB

Há uma série de possibilidades para o uso da auriculoterapia em atendimentos de urgência tanto como alternativa e como adjuvante/associado aos demais tratamentos (medicamentosos, não medicamentosos ou de outras PIC como acupuntura).

A auriculoterapia no tratamento da dor aguda pode inclusive reduzir o consumo de analgésicos e antiinflamatórios pelo paciente, evitando efeitos adversos dessas drogas e servindo como alternativas quando há contra indicações para determinados medicamentos.

Sugerimos oferecer aos pacientes para o tratamento das seguintes condições:

- Dor lombar aguda;
- Cefaleia primária (tensional, enxaquecosa);
- Torcicolo e contraturas musculares em região cervical;
- Nervosismo ou ansiedade;
- Dores articulares e tendinopatias;
- Tratamento de dores por trauma externo como contusões, distensões, contraturas;
- Dor por procedimentos odontológicos;
- Dismenorreia.
- Náusea e vômitos.
- Rinite.



Auriculoterapia no autocuidado das equipes/profissionais de saúde

A sobrecarga física e emocional dos profissionais de saúde contribui para seu adoecimento e leva a estados de nervosismo, tristeza, ansiedade e depressão, podendo culminar na Síndrome do Burnout. Um dos usos possíveis da Auriculoterapia é no autocuidado dos profissionais de saúde, reduzindo o estresse e até diminuindo afastamentos. **Sem contar que os profissionais de saúde podem, com isso, sentir o benefício da técnica o que facilita a sua indicação e uso para os pacientes.**

Pode-se inserir a técnica da auriculoterapia durante as reuniões de planejamento da equipe ou do Centro de Saúde, como parte de uma dinâmica de relaxamento, por exemplo. Ou ainda, pode-se ofertar a técnica para o tratamento alternativo ou adjuvante de um profissional de saúde em sofrimento na equipe.



Como já apresentamos, a auriculoterapia pode inserir-se nos atendimentos de rotina dos profissionais da equipe na própria consulta para tratamento alternativo ou adjuvante de diversas queixas; ou na interconsulta ou atendimentos pontuais semanais agendados.

Sugerimos oferecer aos pacientes para o tratamento das seguintes condições crônicas:

- Nervosismo/ansiedade;
- Tristeza/depressão;
- Insônia;
- Dores crônicas;
- Sintomas do climatério;
- Obesidade;
- Dispepsia funcional;
- Flatulência excessiva;
- Constipação;
- Tabagismo;
- Asma (adjuvante no controle e prevenção das crises);
- Transtornos da ATM.

O uso da auriculoterapia no tratamento da dor ajuda a reduzir o consumo de analgésicos/AINH. Sugere-se usar uma escala de dor para o paciente apontar qual o grau da dor e com isso observar a evolução dessa melhora com o passar das sessões, como visto no módulo 2.

Em saúde mental, a auriculoterapia pode ajudar na redução do consumo de antidepressivos e ansiolíticos, servindo tanto como adjuvante ou como alternativa aos medicamentos nos transtornos leves e moderados.

Atenção: Esteja atento a qualquer mudança nos sinais e sintomas do paciente durante o tratamento, assim como na evolução do quadro. Se não houver melhora, se houver piora ou qualquer alteração do quadro clínico, procure reavaliar o diagnóstico e investigar outras causas.



Auriculoterapia para cuidado em grupos na AB

O uso da auriculoterapia em grupos tem grande potencial, pois é uma técnica relativamente simples e rápida e pode ser alternativa ou adjuvante no tratamento de diversas situações de saúde. Pode ser aplicada junto com outras técnicas como de relaxamento, automassagem, acupuntura.

Está indicada para situações como, por exemplo:

- Grupo para controle de tabagismo (controle da ansiedade e compulsão)
- Grupos de gestante (controle de sintomas comuns da gestação como azia, náuseas, insônia, dores nas costas)
- Grupos para pacientes com dores crônicas (controle da dor)
- Grupos de puericultura (controle de sintomas ansiosos nas mães e pais, dificuldades na amamentação)
- Grupos de pacientes com doenças crônicas do estilo de vida (melhora do controle pressórico em hipertensos)
- Grupos para controle do sobrepeso e obesidade (controle da compulsão alimentar)
- Grupos de pacientes com problemas de saúde mental e usuários de psicoativos (controle de sintomas)

Saiba mais:

- **Acupuntura, Auriculoterapia e Automassagem nos grupos de tratamento do tabagismo**



UNIDADE 3

Educação permanente e
auriculoterapia na AB

O aprendizado da técnica da auriculoterapia não demanda uma carga horária muito grande e pode ser, inclusive, realizada por Educação a Distância (EAD), como nesse curso. O profissional egresso deste curso, além de praticar a auriculoterapia na sua rotina de serviço, pode e deve atuar como sensibilizador dos colegas e como referência local para a prática de auriculoterapia.

O município também pode oferecer processos de educação permanente para os outros profissionais que não fizeram este curso, identificando as pessoas que dominam a técnica para serem capacitadoras dos demais, ou estabelecendo parceria com instituições formadoras.

Também, é de suma importância que a coordenação do Centro de Saúde esteja sensibilizada para oferecer oportunamente aos profissionais formações em auriculoterapia quando estas estiverem disponíveis pelas secretarias de saúde.

Relato de como inserir a auriculoterapia na rotina dos atendimentos na AB

Liliane é médica de família e comunidade há 3 anos na equipe do Enfermeiro Pedro, da Técnica de Enfermagem Tais. A equipe ainda é composta por três ACSs. Ela foi a profissional escolhida da equipe, junto com mais um profissional de cada uma das outras duas equipes que trabalham no Centro de Saúde Galha Azul, para receber treinamento em Auriculoterapia pela secretaria municipal de saúde.

O CS Galha Azul possui três equipes da ESF e é responsável por uma população de aproximadamente 13.000 pessoas. Entre os problemas mais comuns da população estão queixas relacionadas a dores musculoesqueléticas, pois a grande maioria da população é composta por trabalhadores de construção civil e área de serviços domésticos e terceirizados. A psicóloga, a assistente social, a educadora física, o farmacêutico e a fisioterapeuta do NASF que matriciam as equipes do CS Galha Azul também irão receber o treinamento. Em reunião de planejamento do CS é proposta uma forma de inserção da Auriculoterapia no trabalho das equipes e como se dará a educação permanente entre os profissionais. Assim é construída a seguinte proposta:

- Cada um dos profissionais das equipes irá realizar uma Oficina de 30 minutos durante algumas reuniões da sua equipe de Saúde da Família, sendo que o objetivo dessas oficinas será apresentar as potencialidades da técnica para que todos os profissionais possam ter conhecimento e serem sensibilizados. Na primeira oficina será apresentada a técnica e a lista de suas principais indicações, para que todos conheçam como e quando indicar. A partir disso, levando em conta a realidade dos usuários da equipe, serão pactuadas as principais situações de uso da auriculoterapia, em atendimentos individuais ou nos grupos existentes. Também seria oportuno aproveitar esse espaço da oficina para aplicar em cada um dos profissionais, objetivando conhecer a técnica empiricamente, diminuir o estresse da equipe e proporcionar um momento de autocuidado;
- Os profissionais capacitados ficarão de **referência para suas respectivas** equipes para que possam atuar tanto em **interconsulta** quanto em **atendimentos pontuais agendados** para

sessões de auriculoterapia, ao final dos turnos, utilizando inicialmente a última hora de algum dos turnos.

- Um exemplo de uma das ações pactuadas na Oficina é ofertar a auriculoterapia durante as sessões do **grupo de tabagismo** pelo farmacêutico Henrique, a pedido da dentista Julia, que pouco a pouco irá conhecendo e se sensibilizando com a técnica, podendo inclusive, após formação adequada, também realizar a auriculoterapia, ampliando o acesso a essa ferramenta terapêutica.
- A fisioterapeuta Marli irá também aplicar a técnica nos encontros do **grupo de manejo da dor crônica** (são 6 encontros, uma vez na semana, para 12 pacientes com dor crônica encaminhados pelas equipes) e do **grupo de manejo da dor lombar** (são 6 encontros, uma vez na semana, 12 voltado para pacientes com dor lombar recorrente ou crônica encaminhados pelas equipes). Para isso, irá contar com a colaboração da enfermeira Bianca que nos 20 minutos finais dos encontros irá ajudar na aplicação dos pontos de Auriculoterapia nos pacientes.
- A educadora física Márcia irá aplicar a técnica nos encontros do **curso de alongamentos** (são 6 encontros, uma vez na semana, voltado para pacientes com dor articulares recorrentes ou crônica encaminhados pelas equipes).
- A psicóloga Joana e o farmacêutico Henrique irão aplicar no final dos encontros do **grupo de gestão saudável das emoções** (são 6 encontros, uma vez na semana, para 12 pacientes com transtornos ansiosos e/ou depressivos dependentes de medicações psicotrópicas como benzodiazepínicos e antidepressivos) e do grupo aberto de psicologia (grupo aberto voltado para pacientes com sofrimento psíquico leve a moderado).
- O farmacêutico Henrique, junto com o residente de MFC Caio irão fazer um **levantamento sobre o consumo de analgésicos e AINE para tratamento de queixas álgicas** e comparar ao longo do tempo o registro de procedimentos de auriculoterapia do Centro de Saúde Galha Azul. A hipótese deles é que haverá uma redução no consumo desses medicamentos.
- A residente de enfermagem Patrícia pretende usar a técnica no **grupo de atendimento de puericultura** para ajuda no controle das queixas ansiosas das mães, em parceria com os colegas capacitados.

**Caro profissional,
Parabéns! Você chegou ao final dos módulos a
distância deste curso de auriculoterapia.**

Se você chegou aqui deve ter aprendido muito sobre auriculoterapia, além de temas correlatos importantes como a relevância e a revalorização das medicinas alternativas e complementares ou práticas integrativas e complementares - as PIC e dicas para sua implantação progressiva na atenção básica no contexto municipal.

Nos módulos 1 e 3 esses temas foram apresentadas de modo a facilitar e estimular sua participação como profissional no processo de transformação da cultura das instituições de saúde. Você também foi apresentado à noção de 'racionalidade médica', que é um jeito de abordar e pensar os sistemas médicos complexos coexistentes no mundo contemporâneo, sem julgá-los a partir do que está instituído e consagrado na biomedicina e na ciência hoje.

No Módulo 2 foram apresentados os principais aspectos anatômicos, embriológicos e neuromusculares das orelhas, bem como as áreas reflexas dos pavilhões auriculares segundo a lógica da reflexologia.

No Módulo 3 você foi introduzido na racionalidade médica da medicina tradicional chinesa (MTC), que é comumente usada como referência de saber no uso da auriculoterapia, muito disseminada entre os praticantes de acupuntura. Aprendeu noções gerais fundamentais para o uso da auriculoterapia segundo a MTC.

No Módulo 4, após lembrete sintético sobre saúde baseada em evidências, você teve acesso aos estudos e evidências científicos biomédicos sobre a auriculoterapia, e soube que estudos vem permitindo uma forte e progressiva sustentação da auriculoterapia como terapêutica dentro da biomedicina e da ciência, para muitos quadros altamente prevalentes na atenção básica.

Por fim, no Módulo 5, foram apresentados exemplos de possibilidades e contextos de uso da auriculoterapia na atenção básica, de modo que ela se integre e enriqueça as práticas de cuidado individuais e coletivas, na saúde da família e na atenção básica em geral.

Após isso tudo, você está certamente preparado para participar com muito proveito da parte presencial do curso, que finalizará seu aprendizado envolvendo os aspectos práticos da auriculoterapia.

Lembre-se que cursar com sucesso todos os módulos à distância não o(a) habilita para iniciar a prática da auriculoterapia. É fundamental que você curse também a parte presencial. Somente quem cursou ambas as partes do curso será certificado e estará em condições de iniciar a prática da auriculoterapia. Portanto, não perca a aula prática presencial do curso, que é muito importante. Fique atento a sua data, hora e local. Esperamos por você!

Um forte abraço.



Bibliografia utilizada

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; Diário Oficial da União 2006; 03 mai.
2. DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J.; DUNCAN, M.S.; GIUGLIANI, C. (organizadores). Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
3. GUSSO, G.D.F.; LOPES, J.M.C. (organizadores). Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012.
4. MCWHINNEY, I.R. Manual de medicina de família e comunidade. 3^a.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
5. NEVES, M.L. Manual prático de auriculoterapia. 3^a edição. Porto Alegre: Merithus Editora, 2011.
6. STARFIELD, B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.