

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM BIOÉTICA

EVANICE GERALDA DA COSTA

**CONSTITUIÇÃO DE SABERES EM FISIOTERAPIA E ACUPUNTURA:
O PROBLEMA MORAL DO MONOPÓLIO E RESERVA DE
MERCADO**

POUSO ALEGRE/MG

2018

EVANICE GERALDA DA COSTA

**CONSTITUIÇÃO DE SABERES EM FISIOTERAPIA E ACUPUNTURA:
O PROBLEMA MORAL DO MONOPÓLIO E RESERVA DE
MERCADO**

Dissertação de Mestrado em Bioética apresentada para o Programa de Mestrado em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Batista.
Co-orientadora: Elizabete Espíndola

POUSO ALEGRE - MG

2018

Costa, Evanice Geralda. **Constituição de saberes em Fisioterapia e Acupuntura: o problema moral do monopólio e reserva de mercado** / Evanice Geralda Costa. Pouso Alegre: 2018. 70 f.

Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade do Vale do Sapucaí. 2018.

Orientador: Dr. Marcos Mesquita Filho.


Co-orientadora: Elizabete Espíndola


1. Fisioterapia 2. Acupuntura 3. Referenciais Bioéticos 4. Monopólio e Ato Médico


CDD: 615.8

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

Certificamos que a dissertação intitulada "**CONSTITUIÇÃO DE SABERES E FAZERES EM SAÚDE EM TEMPOS BIOÉTICOS**" foi defendida, em 28 de março de 2018, por Evanice Geralda da Costa, aluna regularmente matriculada no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98011545, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:


Prof. Dr. Marcos Antonio Batista
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS
Orientador


Profa. Dra. Ana Carolina Sales Oliveira
Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI
Examinadora


Prof. Dr. Rafael Lazzarotto Simioni
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS
Examinador

AGRADECIMENTOS

À Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim foi o sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades. Nada foi fácil, nem tampouco tranquilo.

Quero agradecer a todos aqueles que sempre confiaram em mim, desde sempre.

À minha família e aos meus verdadeiros amigos, sempre. Sempre mesmo!

Enfim ao meu orientador Prof. Dr. Marcos Antônio Batista e exemplo profissional, por não ter permitido que eu interrompesse meu processo e também pela confiança. Quando ‘crescer’, eu quero ser como ele!

Este mestrado é dedicado àquela que nunca me deixou desanimar de estudar mesmo não sabendo o que eu estudava e nem para que estudava. À você minha mãe Ivone, analfabeta, porém doutora na arte da vida, e a minha irmã Luciana (in memoriam), que não se encontra entre nós. Não encontro palavras para dizer o que significava para mim, amor não se explica, se sente, agradeço a Deus por ter dado a mim, você com irmã!

“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força para qualquer sociedade”.

Albert Einstein

LISTA DE SIGLAS

ABA – Associação Brasileira de Acupuntura
ABF – Associação Brasileira de Fisioterapia
ABRAFIT – Associação Brasileira de Fisioterapia do Trabalho
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBO – Classificação Brasileira de Ocupação
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNS – Conselho Nacional Saúde
COFITTO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região
DACUM – Develop a Curriculum
IBRA – Instituto Brasileiro de Acupuntura
MA – Medicina Antroposófica
MTC – Medicina Tradicional Chinesa
MTCA – Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura
MTE – Ministério do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
PIC's – Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC's – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIMBA – Sociedade Médica Brasileira e Acupuntura
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre
TPM – Tensão Pré-Menstrual
USA – Estados Unidos Da América
WCPT – World Confederation for Physical Therapy

RESUMO

A Fisioterapia tem se mostrado uma área de crescimento e despontamento em várias atuações. Os fisioterapeutas utilizam de técnicas e procedimentos na realização de diagnóstico, prognóstico, proposições interventivas mais eficazes frente aos desfechos clínicos de interesse, especialmente, ao verificarem o impacto das doenças ou condições de saúde sobre a vida das pessoas, tanto no acometimento de órgãos e sistemas do corpo, como nas dificuldades das atividades e tarefas do cotidiano. Uma dessas importantes técnicas interventivas terapêuticas do fisioterapeuta é a Medicina Tradicional Chinesa, em especial a Acupuntura, que possibilita a este profissional, ampliar sua área de atuação para a população usuária dos serviços do SUS. Neste cenário, o fisioterapeuta necessita debater temas Bioéticos incipientes à incorporação de práticas alternativas pelo SUS em virtude de divergências de classes. Na aproximação entre Fisioterapia e Bioética no Brasil, percebe-se crescente a preocupação com o seu desenvolvimento devido a conflitos éticos e morais que envolvem estes profissionais e a sociedade, o que envolve a tomada de decisões morais e questões autonomia de sua atuação. A Medicina, na busca pela regulamentação da sua profissão, intenta exercer monopólio sobre a Acupuntura, o que gera disputas envolvendo até o sistema judiciário. O presente trabalho objetivou descrever a Acupuntura como atividade milenar, multiprofissional e complementar no tratamento de desarmonias à saúde da população e ainda como uma alternativa de atuação para o profissional de saúde no Brasil conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS). Todavia, há muita discussão sobre seus aspectos éticos e restritivos que dificultam a legalização desta técnica que suscita debates em torno da regulamentação do ato médico, usado como estratégia, pela corporação médica para formalizar, em termos legais, sua hegemonia no mercado do trabalho em saúde, em detrimento de outras áreas da saúde, como a Fisioterapia. Diante disso, surge o questionamento: os instrumentos desenvolvidos pela Bioética são suficientes para enfrentar os principais dilemas morais decorrentes dos programas e práticas estabelecidos e acionados pelo fisioterapeuta? O principal objetivo dessa pesquisa é trazer à baila o tema Medicina Tradicional Chinesa, muitas vezes subestimado nos serviços de saúde; discutir referências da Bioética; ato médico e o direito à população em ter acesso a tratamentos de saúde eficazes, inclusive saudáveis aos cofres públicos e; o direito dos profissionais de saúde, uma vez comprovado conhecimento técnico notório, saber e domínio da Medicina Tradicional Chinesa, que entende-se ser de domínio público, sendo assim legítimo o acesso ao profissional da Fisioterapia. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, transversal e descritiva. Realizou-se levantamento bibliográfico em bases de dados de relevância científica, bem como leitura de livros, artigos e material eletrônico a fim de fomentar o tema proposto. Conclui-se que a regulamentação da Acupuntura é de extrema importância, principalmente, para proteger o atendimento a população em geral, evitando que muitos profissionais inabilitados trabalhem na execução desta prática, onde o que se propõe não é a exclusividade médica, e nem mesmo a abertura total de sua prática, mas a regulamentação que atenda às necessidades da população e dos profissionais acupunturistas que dominam o saber e o fazer, e que seja feita para cada área em específico.

Palavras-chave: Fisioterapia; Bioética; Medicina Tradicional Chinesa; Acupuntura

ABSTRACT

Physiotherapy has shown to be an area of growth and emergence in several activities. Physiotherapists use techniques and procedures to perform a diagnosis, prognosis, and more effective intervention proposals against clinical outcomes of interest, especially when verifying the impact of diseases or health conditions on the lives of people, both in the involvement of organs and systems of the body, as in the difficulties of daily activities and tasks. One of these important therapeutic intervention techniques of the physiotherapist is Traditional Chinese Medicine, especially Acupuncture, which enables this professional to expand his area of action for the population that uses SUS services. In this scenario, the physiotherapist needs to discuss incipient Bioethics themes to the incorporation of alternative practices by the SUS due to class divergences. In the approximation between Physiotherapy and Bioethics in Brazil, the concern about its development is growing due to the ethical and moral conflicts that surround these professionals and the society, which involves the moral decisions and autonomy of their actions. Medicine, in the search for the regulation of its profession, tries to exercise monopoly on Acupuncture, which generates disputes involving even the judicial system. The present work aimed to describe Acupuncture as a millenarian, multiprofessional and complementary activity in the treatment of disharmonies to the health of the population and also as an alternative of acting for the health professional in Brazil as recommended by the World Health Organization (WHO). However, there is much discussion about its ethical and restrictive aspects that make it difficult to legalize this technique, which raises debates about the regulation of the medical act, used as a strategy, by the medical corporation to formalize, in legal terms, its hegemony in the labor market in health, to the detriment of other areas of health, such as physiotherapy. Faced with this, the question arises: do the instruments developed by Bioethics suffice to face the main moral dilemmas arising from programs and practices established and activated by the physiotherapist? The main purpose of this research is to bring to the fore the theme Traditional Chinese Medicine, often underestimated in health services; discuss bioethical references; medical act and the right of the population to have access to effective health care, including health care for public coffers; the right of health professionals, once proven technical knowledge, knowledge and mastery of Traditional Chinese Medicine, which is understood to be in the public domain, thus being legitimate access to the Physiotherapy professional. It was a qualitative, transversal and descriptive research. A bibliographical survey was carried out on databases of scientific relevance, as well as reading of books, articles and electronic material in order to promote the proposed theme. It is concluded that the regulation of Acupuncture is of extreme importance, mainly, to protect the general population, avoiding that many disabled professionals work in the execution of this practice, where it is proposed not the medical exclusivity, and not even the but the regulation that meets the needs of the population and the acupuncturist professionals who dominate the know-how and that is done for each specific area.

Keywords: Physiotherapy; Bioethics; Traditional Chinese medicine; Acupuncture

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FISIOTERAPIA – definições	15
2.1 Contexto Sócio Histórico	15
2.2 Formação Acadêmica	16
2.3 Prática Profissional	17
2.4 Especialidades da Fisioterapia – Diagnóstico e Intervenção	18
2.5 Conselho Regional de Fisioterapia	21
3 ACUPUNTURA – contexto histórico e métodos	23
3.1 Acupuntura no Brasil	26
3.2 Acupuntura na Atualidade	27
3.3 Acupuntura e Fisioterapia	33
3.3.1 Os pontos principais da Acupuntura ou Acupontos	35
3.3.2 As patologias mais tratadas	36
3.3.3 Benefícios da Acupuntura na Fisioterapia	39
3.3.4 Estratégia da organização Mundial da Saúde sobre Medicina Tradicional 2014-2023	41
4REFERENCIAIS BIOÉTICOS	43
4.1 Dados históricos	43
4.2 Bioética e Fisioterapia	44
4.3 Na Área da Fisioterapia	46
4.4 Princípio da Autonomia, Beneficência e Justiça	46
4.5 Bioética e Direitos Humanos	47
5MONOPÓLIO E ATO MÉDICO	50
6OBJETIVOS	57
6.1 Objetivo Geral	57
6.2 Objetivo Específico	57
7 METODOLOGIA	58
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERENCIAS	63

1INTRODUÇÃO

A Fisioterapia em seu exercício, como em qualquer outra profissão de saúde, pode estar permeada por uma gama diversa de conflitos éticos. Os temas mais discutidos e que se vive, além dos clássicos que envolvem a terminalidade da vida ou prematuridade extrema, são aqueles em torno da autonomia dos pacientes, como a recusa de tratamentos ou tomadas de decisão quando essa autonomia está limitada por situações como senilidade, infância e distúrbios mentais ou neurológicos. Por outro lado, existem aqueles ligados ao sigilo e à confidencialidade de informações obtidas no exercício de práticas domiciliares de assistência, e ainda, aqueles ligados a relações interprofissionais, que envolvem as decisões de tratamento e à legitimidade no domínio de práticas (LORENZO; BUENO, 2013).

O desenvolvimento da Fisioterapia está associado à evolução de procedimentos e métodos de ensino-aprendizagem de conteúdos curriculares e aos avanços clínico-científicos da saúde. Em virtude dessa evolução, cresceu a expectativa por resultados positivos pós-tratamento e, também, a responsabilidade no ato de cuidar do paciente (PEREIRA, 2007).

Uma das mais notáveis mudanças é a Acupuntura ser praticada atualmente em diversos centros universitários, o que por muito tempo foi uma prática exclusivamente qwmédica, vem sendo cada vez mais propagada entre outras profissões, mesmo que ainda seja respaldada por uma literatura médica respeitável, o que tem auxiliado na mudança e na forma como é praticada, assim como no perfil de profissionais que praticam esse método (LIN; HSING; PAI, 2008).

Segundo Rocha et al (2012), muitos países vêm buscando a regulamentação da prática da Acupuntura, sendo que, o perfil de profissional exigido para o exercício dessa função pode variar de acordo com o país, e em grande parte deles é exigido a formação em medicina ocidental como requisito principal.

O mesmo autor cita que no Brasil, a Acupuntura é considerada uma especialidade médica, regida pelo Conselho Federal de Medicina, onde se defende a exclusividade dessa prática pela área médica. No entanto, os conselhos de outras categorias profissionais de saúde vêm reconhecendo a acupuntura como especialidade, e a prática da acupuntura vem sendo exercida por várias áreas, incluindo acupunturistas com formação no exterior, com formação em cursos livres no Brasil, técnicos em acupuntura, além dos especialistas.

Nesse ínterim surge o Ato Médico, sendo uma manifestação feita pela categoria médica onde se buscava discutir o que poderiam ou não fazer as outras classes não médicas,

onde esses profissionais possuíam a palavra final nas decisões relativas ao paciente, sendo um fator que causou muitos debates e divergências ao longo dos anos. Esse projeto não deixa de ser importante para que a classe médica regulamente sua profissão, mas precisa considerar também a preservação dos interesses dos demais profissionais da saúde, assim como da população em geral, que pode passar a ter seu atendimento prejudicado pela diminuição de procedimentos e liberdade de outras especialidades (PEREIRA, 2010).

A regulamentação da Acupuntura é uma proposta necessária, abrindo espaço para a multidisciplinaridade na prática em saúde. Na atualidade ainda existe a exclusividade e o monopólio da área médica, mas em contraponto, o que se percebe é uma variedade de profissionais atuantes na área, onde a regulamentação se mostra de extrema necessidade aos demais profissionais, assim como a população usuária da Acupuntura. Para isso é necessário que a regulamentação tenha força, onde o tema se torne recorrente entre os profissionais de saúde, gestores e também a população.

Vale pontuar ainda que toda essa subordinação das outras áreas à classe médica tem ligação ao Ato Médico que refere a Constituição Federal e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, onde seria impossível executar a universalidade, igualdade, integralidade e equidade, postulados pela saúde pública no Brasil. Diante disso, o Ato Médico foi vetado pelo governo, sancionando a lei proposta pela classe médica, o que foi comemorado por todas as classes fora da Medicina, evitando todo o monopólio da área. É importante pontuar que os acupunturistas não dão diagnósticos médicos, de qualquer outra profissão, onde a anamnese, exame clínico, diagnóstico e tratamento tem como base a Medicina Tradicional Chinesa, que possui uma filosofia própria (NORDON; COHEN, 2012).

No Brasil, a Acupuntura cresceu nos últimos anos, sendo disponibilizada, na maioria das vezes, como serviço privado ou na saúde suplementar. Considera-se que, embora exista o reconhecimento da prática de outras profissões da saúde, isto não implica diferentes racionalidades, uma vez que o recorte biomédico é hegemônico no setor (DALLEGRAVE; BOFF; KREUTZ, 2011).

No restante do mundo vive-se um momento de grande preocupação na busca pela integração entre corpo e mente, como pode ser verificado em escala mundial, fato este que pode ser exemplificado pela avalanche de literatura sobre terapias alternativas, buscando proporcionar melhor qualidade de vida. Ainda que a apreensão por uma saúde integral e harmônica, conforme determinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, o completo bem-estar físico, psíquico e social e não simplesmente a ausência de doença (VECTORE, 2005).

Os mecanismos fisiológicos da terapia por Acupuntura por muito tempo, permaneceram envolta de véus de mistério, sendo até mesmo considerada como efeito placebo. Na atualidade existem importantes intervenções da Acupuntura no âmbito da dor aguda e crônica, através dos mecanismos neurofisiológicos, sendo utilizado por diversos profissionais(SANTOS et al., 2009).

A Acupuntura também pode ser de grande valia para a Fisioterapia, possibilitando a oferta de condutas, atuando na melhora do equilíbrio de corpo e mente, influenciando ainda no aumento das capacidades funcionais, promovendo o bem-estar e restauração de estilos de vidas, que passam a influir diretamente na sua qualidade de vida (VERCELINO; CARVALHO, 2010).

O principal objetivo desse estudo é trazer à baila um tema subestimado na área dos serviços de saúde, qual seja, Medicina Tradicional Chinesa (MTC), bem como questões ligadas a Bioética e ao monopólio da técnica que é exercida pela Medicina.

A pesquisa se justifica pela sua importância e relevância, pois a Acupuntura pode ser de grande valia para a Fisioterapia, possibilitando a oferta de condutas, atuando na melhora do equilíbrio de corpo e mente, influenciando ainda no aumento das capacidades funcionais, promovendo o bem-estar e restauração de estilos de vidas, que passam a influir diretamente na sua qualidade de vida.

Dessa forma, surge a seguinte questão a ser considerada: Como a Fisioterapia e a Acupuntura podem realizar a construção de saberes a partir do problema moral e o monopólio

2 FISIOTERAPIA

A Fisioterapia é a ciência da saúde capacitada a diagnosticar e prognosticar, e ainda, intervir com eficiência, buscando a melhora ou a manutenção funcional do indivíduo. Tem como objetivo contemplar os três níveis de atenção à saúde: o primário, através da promoção e educação em saúde; o secundário, com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado; e o terciário, por meio da reabilitação e da redução de incapacidades. Além disso, possibilita o exercício profissional sob a forma de consultoria, assessoria, docência, pesquisa e administração (DELIBERATO, 2002; BRASIL, 2002; MOURA FILHO, 1999).

2.1 Contexto Sócio Histórico

A Fisioterapia surgiu como uma “especialidade paramédica” com o propósito de reabilitar e preparar pessoas fisicamente lesadas nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças oriundas das condições sanitárias precárias para o retorno à vida produtiva. É uma ciência tão antiga quanto o homem. Surgiu com as primeiras tentativas dos ancestrais de diminuir uma dor esfregando o local dolorido e evoluiu ao longo do tempo com a sofisticação, principalmente, das técnicas de exercícios terapêuticos, que eram largamente utilizados na recuperação dos soldados feridos na Grécia antiga e como ginástica de manutenção da saúde em Esparta (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

A prática de Fisioterapia no Brasil iniciou-se no começo deste século, em 1919, quando foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica pelo Professor Raphael de Barros da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dez anos mais tarde, em 1929, o médico Dr. Waldo Rolim de Moraes instalou o serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho no local do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Somente em 1951 foi criado o primeiro curso para formação de Fisioterapias, na época denominada técnicos, com duração de um ano.

Em 1959 foi criada a Associação Brasileira de Fisioterapias (ABF), que se filiou WCPT (*World Confederation for Physical Therapy*), cujo objetivo era buscar o amparo técnico-científico e sócio-cultural para o desenvolvimento da profissão.

No ano de 1963, conforme parecer 388/63, do Conselho Federal de Educação, o fisioterapeuta passa a ser caracterizado como auxiliar médico, só podendo trabalhar sob

orientação e responsabilidade do mesmo, o que não condizia com o valor da profissão, que já havia adquirido, perante a sociedade, características próprias e independentes, sem necessidade de estar atrelada a outra profissão.

Em 1975, com a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO), pela Lei nº 6.316, iniciou-se o processo de regulamentação da profissão de Fisioterapia. Tendo o Conselho, como uma de suas incumbências, exercer função normativa, emitiu, em fevereiro de 1978, a Resolução COFITTO nº 08, aprovando as normas para habilitação ao exercício da profissão de Fisioterapia que, refletindo o movimento da saúde então vigente, definiu como atos desse profissional, “planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas fisioterápicos que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária” (BRASIL, 1978).

Em relação ao Decreto-Lei nº 938/69, a Resolução COFITTO nº 08/78 ampliou consideravelmente o campo de atuação da Fisioterapia, tanto em relação aos níveis de assistência (prevenção primária, secundária e terciária) quanto ao foco da atenção, passando a apreender a saúde do indivíduo como um todo e não mais apenas no que diz respeito à sua capacidade física (REZENDE et al., 2009).

Em 1978, publica-se a Resolução do COFFITO-10: cria-se o código de ética profissional da Fisioterapia e do terapeuta ocupacional.

No decorrer do século XX, a Fisioterapia teve suas atividades evidentes e empíricas aperfeiçoadas e transformadas, em virtude do aumento da complexidade em ciência e tecnologia e das demandas em saúde. A Fisioterapia passou de uma profissão da saúde, que nasceu, da ajuda de auxiliar médicos, com atuação limitada à reabilitação motora, para uma profissão autônoma, com espaços ampliados e com possibilidades de atuação nos diversos níveis de atenção da saúde (CARVALHO; MOREIRA FILHO, 2014).

2.2 Formação Acadêmica

No Brasil, foi criada como profissão de nível superior em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº. 938, que, em seu art. 3º, estabeleceu que “é atividade privativa da Fisioterapia executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969).

[...] Atualmente, a Fisioterapia é considerada uma ciência da saúde cujo objeto de estudo é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e

potencialidade quer nas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar, ou seja, reabilitar a integridade de órgãos, sistema ou função (BRASIL, 1978).

O Curso de graduação em Fisioterapia da FMUSP, com duração de três anos, permaneceu até 1979. Em 1980 teve início o Curso de Fisioterapia, com a duração de quatro anos (MARQUES, 1994).

O estudo da Fisioterapia fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios adquiridos pelo estudo das ciências biológicas, morfológicas, fisiológicas, da bioquímica, de biofísica, da biomecânica, da cinesiologia, da sinergia funcional, das patologias de órgãos e sistemas, bem como das disciplinas comportamentais e sociais (REZENDE et al., 2009).

O desenvolvimento da Fisioterapia está associado à evolução de procedimentos e métodos de ensino-aprendizagem de conteúdos curriculares e aos avanços clínico-científicos da saúde. Em decorrência dessa evolução, aumentou a expectativa por resultados positivos pós tratamento e, também, a responsabilidade no ato de cuidar do paciente (POVAR et al., 2004 apud ALVES et al., 2008).

Exige-se do profissional uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, autônoma, responsável e balizada em princípios éticos. A Bioética oferece subsídios para decisões referentes à saúde, vida, morte, solidariedade, dignidade, qualidade de vida e defende a humanização do atendimento na saúde (BRASIL, 2001 apud ALVES et al., 2008).

2.3 Prática Profissional

A fisioterapia necessita de um modelo teórico que guie sua prática e sua pesquisa, demarcando seu papel na sociedade. Dessa forma, a aplicação de um modelo teórico mais adequado à atuação dos Fisioterapeutas possibilitaria melhor compreensão do processo vivenciado pelo indivíduo, desde a instalação da doença até suas consequências funcionais (SAMPAIO et al., 2005).

O desenvolvimento da Fisioterapia está associado à evolução de procedimentos e métodos de ensino-aprendizagem de conteúdos curriculares e aos avanços clínico-científicos da saúde. Em decorrência dessa evolução, aumentou a expectativa por resultados positivos pós-tratamento e, também, a responsabilidade no ato de cuidar do paciente (POVAR et al., 2004).

Exige-se do profissional, assim, uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, autônoma, responsável e balizada em princípios éticos (BRASIL, 2001).

Requisita-se para a plena formação em Fisioterapia, um curso superior com duração mínima de cinco anos, na qual o bacharel possui o mérito de profissional capacitado, com formação generalista e humanista, apto a atuar em qualquer área e habilitado a participar do contexto atual da saúde pública, inserindo-se na realidade da população, criando vínculos e soluções na busca da qualidade de vida, dentro de um modelo holístico, promotor de saúde e prevenção (DIBAI FILHO; BARBOSA; RODRIGUES, 2009).

Após a obtenção do título de graduado, o Fisioterapeuta possui o livre-arbítrio de optar por pós-graduações como forma de aperfeiçoamento. Estas se dividem em *lato sensu*, que compreende as especializações, residências, *Master Business Administration* e outras, tendo duração mínima de 360 horas; e em *stricto sensu*, que se refere aos mestrados e doutorados (DIBAI FILHO; BARBOSA; RODRIGUES, 2009).

As disciplinas Ética e Deontologia são obrigatórias no ensino superior na área da saúde, mas o foco e extensão variam entre cursos, o que pode abrir lacunas na formação (ANJOS, 2007).

2.4 Especialidades da Fisioterapia – Diagnóstico e Intervenção

Em meados de 1998, um primeiro grupo de Fisioterapeutas atuantes na saúde do trabalhador se mobilizou para criar a Associação Nacional de Fisioterapia do Trabalho, com o objetivo de organizar e normatizar essa área em grande crescimento no Brasil. Em 2003, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) publicou a Resolução 259/03 que reconhece a área de atuação da Fisioterapia do Trabalho, dando referência aos procedimentos em saúde do trabalhador, realizado pelo profissional de Fisioterapia. A partir daí, mais grupos se reuniram em prol desse objetivo, culminando em 2006, durante o II Congresso Brasileiro de Fisioterapia do Trabalho (FISIOTRAB) em Curitiba/PR, com a criação da Associação Brasileira de Fisioterapia do Trabalho (ABRAFIT) (BAÚ; KLEIN, 2009).

A ABRAFIT é uma entidade única existente hoje no Brasil a representar essa especialidade, instituída sob a égide de união e reconhecimento focado nos objetivos de fortalecer a união dos grupos até então existentes, com o objetivo de reconhecer a atuação do fisioterapeuta do trabalho. A partir do aumento de profissionais atuando em Fisioterapia do trabalho, a ABRAFIT, por meio de seus Conselheiros atuantes em diferentes Estados brasileiros, na busca pelo reconhecimento da especialidade pelo COFFITO e a divulgação às

empresas desse profissional, reiterando sua importância, diferencial e competências, o que culminou em 13 de junho de 2008, na aprovação da Resolução 351/08 pelo COFFITO, que reconhece a especialidade em Fisioterapia do trabalho (BAÚ; KLEIN, 2009).

Através dessa importante conquista, a etapa seguinte foi que o Ministério do Trabalho (MTE), por meio da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), descrevesse para o mercado brasileiro quem é esse especialista, especificando e detalhando suas práticas comprovadas nessa área, distinguindo áreas de atividade, competências pessoais e recursos de trabalho, o que aconteceu nos meses de junho e julho de 2008, quando o MTE/CBO convidou o profissional de Fisioterapia a participar dessa descrição, considerando os anos de atuação da Fisioterapia. Essa descrição foi realizada pelo Sistema Develop a Curriculum (DACUM) que significa o desenvolvimento de curriculum, onde um passo-a-passo em etapas é descrito e desmembrado em subitens (DIAS; DIAS, 2006).

A descrição emitida pelo MTE/CBO destaca que o especialista em Fisioterapia do trabalho pode executar:

- a) Avaliação a clientes e pacientes (funções musculoesqueléticas);
- b) Avaliação ergonômica;
- c) Qualidade de vida no trabalho;
- d) Estabelece o diagnóstico fisioterapêutico, através de coleta dados;
- e) Solicita exames complementares;
- f) Interpreta exames;
- g) Estabelece prognóstico;
- h) Prescreve a terapêutica;
- i) Estabelece nexo de causa cinesiológica funcional ergonômica;
- j) Planeja estratégias de intervenção (define: objetivos, condutas e procedimentos, frequência e tempo de intervenção; indicadores epidemiológicos de acidentes e incidentes; programas de atividades físicas funcionais; participa na elaboração de programas de qualidade de vida);
- k) Implementa ações de intervenção (interpreta indicadores epidemiológicos de acidentes e incidentes);
- l) Implementa ações de conscientização, correção e concepção; analisa fluxo de trabalho (COFFITO, 2009).

Vale salientar ainda o reconhecimento da especialidade em Fisioterapia do trabalho pelo COFFITO e Ministério do Trabalho/CBO, onde se destaca:

- a) Assessoria em relação a saúde do trabalhador;
- b) Adequação das condições de trabalho às habilidades do trabalhador;

- c) Adequação do fluxo, ambiente e posto de trabalho;
- d) Implantação de programas de pausas compensatórias; organiza rodízios de tarefas;
- e) Promoção da melhora de performance morfo-funcional;
- f) Reintegração do trabalhador ao trabalho; aplica a ginástica laboral;
- g) Educação em saúde (propõe mudanças de hábito de vida; orienta clientes, pacientes, familiares e cuidadores; ensina e corrige modo operatório; implementa a cultura ergonômica; desenvolve programas preventivos e de promoção de saúde);
- h) Gerenciamento de serviços de saúde (elabora critérios de elegibilidade; elabora projetos; elabora e avalia processos seletivos; supervisiona estágios; analisa custos);
- i) Executa atividades técnico-científicas;
- j) Trabalha com segurança;
- k) Comunicação (registra procedimentos e evolução de clientes e pacientes; orienta profissionais da equipe de trabalho; emite relatórios, pareceres técnicos, atestados, laudos de nexos de causa laboral) (COFFITO, 2009).

A seguir segue a lista das funções que a Fisioterapia pode atender: Acupuntura (Resolução Coffito 219/2000); Fisioterapia Cardiovascular (Resolução Coffito 454/2015); Fisioterapia Dermato-Funcional (Resolução Coffito 362/2009); Fisioterapia Esportiva (Resolução Coffito 337/2007); Fisioterapia do Trabalho (Resolução Coffito 351/2008); Fisioterapia Neurofuncional (Resolução Coffito 189/1998 - Alterada pela Resolução 226/2001); Fisioterapia em Oncologia (Resolução Coffito 364/2009 - Alterada pela Resolução 390/2011); Fisioterapia Respiratória (Resolução Coffito 318/2006); Fisioterapia Traumatológica Ortopédica (Resolução Coffito 260/2004); Fisioterapia em Saúde da Mulher (Resolução Coffito 372/2009 – Revoga Resolução 365/2009); Fisioterapia Aquática (Resolução Coffito 443/2014); Fisioterapia em Terapia Intensiva (Resolução Coffito 402/2011); Osteopatia (Resolução Coffito 398/2011); Quiropraxia (Resolução Coffito 399/2011); Fisioterapia em Gerontologia (Resolução Coffito 476/2016). (CREFITO, 2011).

O profissional de Fisioterapia enfrenta inúmeros desafios em sua prática profissional e precisa buscar seu desenvolvimento no ponto de vista científico e metodológico, para que uma atuação eficaz e correta em seu cotidiano profissional, considerando que sua prática clínica seja fundamentada em bases sólidas, numa consolidação de evidência científica e experiência, assim como a capacidade de julgamento de acordo com necessidade do paciente (DIAS; DIAS, 2006).

2.5 Conselho Regional de Fisioterapia

O Conselho Regional de Fisioterapia surgiu para dar suporte à atuação do Fisioterapeuta, empenhados num crescimento da profissão, o que ocorreu a partir do Decreto-Lei 938 de 13 de outubro de 1969 (data esta que deu origem ao dia do Fisioterapeuta) representou um marco importante para a profissão. O art. 2º define que os Fisioterapeutas diplomados por escolas e cursos reconhecidos são profissionais de nível superior, e ainda, o art. 3º define como sendo atividade privativa do Fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

A lei 6.316 de 17 de dezembro de 1975, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, cria o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) (REZENDE et al., 2009).

Vale salientar ainda que a Fisioterapia e Terapia Ocupacional, estão juntas no mesmo conselho, lembrando que na época o número de Fisioterapeutas era insuficiente para criar um Conselho, sendo necessária a união de ambas para que o mesmo fosse aprovado. Assim, tanto o COFFITO quanto o CREFITO vieram desempenhar um papel decisivo na definição e no crescimento de ambas as profissões.

O Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional foi aprovado pela Resolução COFFITO 10 de 3 de julho de 1978 e estabelece as responsabilidades e normas para o exercício profissional.

O conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional (CREFITO) define a Fisioterapia como:

[...] ciência aplicada, tendo por objeto de estudo o movimento humano, em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas. Seu objetivo é preservar, manter (forma preventiva), desenvolver ou restaurar (reabilitação) a integridade de órgãos, sistema ou função. Como processo terapêutico, utiliza conhecimentos e recursos próprios, aplicando-os com base nas condições psico-físico-social, tendo por objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a melhoria de qualidade de vida (CREFITO, 2011).

De acordo com Goretta (2016), com mais de 23 mil profissionais inscritos, distribuídos nos 853 municípios mineiros, a fiscalização do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO-4) tem se desdobrado constantemente para percorrer

todo o estado de Minas Gerais, a fim de combater ilegalidades e irregularidades no exercício das profissões. Os fiscais da autarquia mineira seguem um roteiro básico de fiscalização, para advertir e orientar os Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais sobre irregularidades e ilegalidades encontradas, visando sempre a valorização do profissional e a proteção da sociedade, com a prestação de serviços de qualidade.

De acordo com a Lei nº 6.316/1975, que cria os conselhos Federal e Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, é de competência dos regionais: fiscalizar o exercício profissional em sua área de jurisdição; fazer cumprir as disposições legais, resoluções e demais normas estabelecidas pelo conselho federal; e funcionar como Tribunal Regional de Ética, conhecendo, processando e decidindo os casos que lhe forem submetidos (GORETTI, 2016).

3ACUPUNTURA– contexto histórico e métodos

Trata-se de uma ciência milenar que teve sua origem na China no período da Idade da Pedra, ou seja, data de pelo menos 4.500 anos, e mesmo depois de tantos anos é uma atividade que segue evoluindo. Por meio dos avanços tecnológicos, inúmeros outros instrumentos e técnicas a exemplo do ultrassom, radiações infravermelhas, raio laser entre diversos outros equipamentos contribuíram para tornar a ciência da acupuntura mais complexa e dotada de inúmeros recursos fisioterápicos (JAYASURYA, 2012).

Segundo o Hwang Ti Nei Jing, que foi escrito à aproximadamente 700 anos a. C., ainda na Idade da Pedra, os chineses conseguiram descobrir que por meio do aquecimento corporal utilizando areia ou pedra quente obtinha-se o alívio de dores abdominais e articulares. Eis que a partir daí surgiu a moxa, que é uma técnica da medicina tradicional chinesa que consiste na estimulação de pontos de acupuntura por calor produzido pela queima da erva chamada *artemisiavulgaris*. Em geral é utilizada no formato de bastão, sendo uma técnica segura e simples, não invasiva, indolor e geralmente bem tolerada, podendo ser associada às outras técnicas (GUITTIER et al, 2008).

A Medicina Tradicional Chinesa, através da Acupuntura, oferece diversas práticas de saúde voltadas ao bem-estar do organismo, envolvendo o físico e o mental. É uma prática que tem por finalidade a restauração do funcionamento equilibrado do organismo e a prevenção de patologias e afecções, através da estimulação de determinados pontos do corpo com agulhas, com o intuito de restaurar ou manter a saúde (YAMAMURA, 2001).

A palavra Acupuntura é originária do latim, no qual *acus*, que significa agulha e *punctura*, que literalmente significa picar. Portanto, consiste em inserir agulhas em pontos estratégicos na pele para obter uma resposta terapêutica eficiente (LOPES et al, 2008).

Através da Acupuntura é possível obter uma visão sistêmica e complexa sobre o organismo humano, que é composto por uma grande quantidade de ligações que se inter-relacionam e que sofrem influência de elementos internos e externos. Todo esse contexto sistêmico exige um conjunto de conhecimentos amplos que muitas vezes dificulta a realização de um diagnóstico acurado de forma a oferecer um tratamento mais preciso e rápido aos pacientes, e nesse cenário, a Acupuntura se mostra bem eficaz (LOPES et al, 2008).

Prática milenar, fazendo parte da chamada Medicina Tradicional Chinesa, a acupuntura tem experimentado um aumento expressivo de adeptos, tanto em números dos que praticam como em número dos que se submetem ao seu tratamento(LIN; HSING; PAI, 2008).

De acordo com Saad (2009) a Acupuntura é usada na China para tratamento de inúmeras doenças, o que já acontece há mais de quatro mil anos. A primeira descrição sobre a acupuntura foi feita por um médico ocidental chamado William Rubruck sendo datada do século XIII, no entanto, foi somente no século XVI que a acupuntura foi trazida para o Ocidente. Quando entrou em contato com a cultura Ocidental foi criado o conceito da acupuntura ocidental, sendo uma adaptação da Acupuntura Chinesa, com base em conhecimentos voltados para a anatomia, bioquímica, fisiologia e patologia (SAAD, 2009).

Não existem documentos que indiquem precisamente como foi o desenvolvimento inicial da Acupuntura, mas é sabido que desde os tempos remotos, era uma arte muito difundida entre os chineses, que se evoluiu com a humanidade. No início, as agulhas usadas eram de pedra, mas nos dias de hoje, são de ligas de prata, de ouro ou de aço inoxidável (WEN, 1985).

Em resumo, a Acupuntura é uma terapia que visa aplicações de estímulos através da pele, através da inserção de agulhas em pontos específicos, destinada a tratar vários tipos de dores, crônicas ou não (MAGALHÃES; ROCHA, 2007).

Nas últimas décadas, o uso da Acupuntura foi indicado como terapia complementar e alternativa da medicina ocidental e cresceu rapidamente ao redor do mundo. A partir de 1970, a comunidade científica ocidental aumentou o interesse e pesquisa sobre a acupuntura, com base em princípios da medicina baseada na evidência (SAAD, 2009).

A partir disso, passou de uma categoria separada, chamada de terapia alternativa para se tornar uma respeitável terapia complementar. Na atualidade os efeitos da Acupuntura se confirmam a através de muitas condições clínicas, sendo validada pela ciência convencional (SAAD, 2009).

A Acupuntura envolve técnicas de estímulo dos condutos, que a partir da ativação do sistema de autorregulação de um organismo, pode melhorar a sua estrutura e função a um nível acima do alívio sintomático. A Acupuntura pode promover a diminuição dos sintomas algícos nos casos de dores crônicas, além de acelerar o processo de cicatrização de ferimentos, promovendo uma cura global e diminuição do estresse (SCHNEIDER *et al.*, 2009).

A Acupuntura utiliza um conjunto de procedimentos terapêuticos que visam introduzir estímulos, geralmente pela inserção de agulhas filiformes metálicas, em certos lugares anatomicamente definidos, a fim de obter do organismo a recuperação da saúde ou a prevenção de doença (NASIR, 2002).

Conforme o que é preconizado pela Acupuntura, todas as estruturas do organismo se encontram em um equilíbrio originalmente concebido através da atuação de energias Yin (negativas) e Yang (positivas), que são fatores essenciais na terapia (WONG, 2014).

Segundo Luz (2012) Yin e Yang são apontados como um dos principais fundamentos básicos da sabedoria chinesa antiga, utilizados para se descrever o estado dinâmico de equilíbrio do sopro vital dentro e fora do corpo, envolvendo ainda, os órgãos e funções, bem como nas relações com o meio ambiente. Para uma existência saudável em qualquer lugar do universo, é necessário que ocorra alternância harmoniosa entre esses dois aspectos, que são opostos, mas se complementam, através de um efeito mutuamente recíproco em sua relação, sendo que qualquer perturbação dessa harmonia pode resultar em enfermidade.

A Acupuntura tem por finalidade harmonizar o fluxo dos sopros Yin e Yang por meio da estimulação de pontos apropriados no corpo. Para isso, é preciso compreender o movimento Yin e Yang e a sua interação no universo, reconhecido no macro e microcosmo, que envolvem a natureza, a sociedade e o indivíduo (PALMEIRA, 1990).

A Acupuntura funciona através de uma linguagem que associa as leis da natureza e a perfeita harmonia entre as partes do organismo, buscando a integridade entre o homem e o meio em que vive. A influência do Yin e Yang auxilia a compreensão dessas forças e fenômenos complementares. As forças Yin e Yang são reguladas por um princípio chamado Tao, que significa caminho, e por meio de uma interação dinâmica entre elas, é possível ter um equilíbrio, ou seja, a saúde (YAMAMURA, 2001).

Dessa forma, se as energias Yin e Yang encontrarem-se em perfeita harmonia, o organismo, certamente, e conseqüentemente também estará em condições saudáveis. Mas na iminência de um desequilíbrio ocorrerá o aparecimento de doenças. A arte da Acupuntura tem por objetivo por meio da aplicação de diversas técnicas e procedimentos promover o estímulo de pontos específicos em seus reflexos cuja propriedade é o restabelecimento desse equilíbrio, atingindo, dessa forma, resultados específicos e terapêuticos (ROSS, 2013).

Além de todos os conceitos já apresentados até aqui, a Acupuntura também se relaciona com mecanismos de ordem neurológica e neuroendocrinológicas, e ainda, mostra eficácia nos sistemas alérgico e imunológico trazendo defesas para o organismo e melhores condições de tratamento visando a cura de diversos problemas. Trata-se de uma ciência muito antiga, sendo um campo de grande potencial que ainda pode ser explorado, com abertura para novas pesquisas e conhecimentos que podem ser agregados ao conhecimento já existente (MACIOCIA, 2014).

3.1 Acupuntura no Brasil

No Brasil, a técnica ficou conhecida em 1810, através dos imigrantes chineses, e, mais tarde, em 1908, pelos japoneses, mas somente no início da década de 50, a acupuntura foi introduzida no país por Frederico Spaeth, que foi um dos fundadores do Instituto Brasileiro de Acupuntura - IBRA, atualmente denominado Associação Brasileira de Acupuntura – ABA (VECTORE, 2005).

A expansão da acupuntura no Brasil ocorreu de forma bastante lenta, pois até a década de 1970 a sua prática eram mal interpretados seus praticantes considerados charlatões ou curandeiros. Já nos anos 80 a acupuntura viveu um período de grande expansão, com o surgimento de associações e cursos de formação profissional (PEREIRA; BORGES, 2009).

Em 1979, a acupuntura passou a ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como cuidado primário de saúde e indicada no tratamento de inúmeras doenças, como, as patologias respiratórias, osteomusculares, digestivas e endócrinas (PEREIRA; BORGES, 2009).

Nos anos 80 teve início um processo de institucionalização da Acupuntura, através, principalmente, da sua inclusão no serviço público de assistência à saúde. Em 1985, o Dr. Hesio Cordeiro, presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, tomou a iniciativa de propor a regulamentação da acupuntura em um projeto que previa sua implantação na rede federal de assistência médica, entretanto, neste mesmo ano ocorreu a sustação do mesmo em sessão plenária do dia 09 de novembro de 1985 (PEREIRA; BORGES, 2009).

No Brasil, a prática da Acupuntura foi introduzida na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS em 1999, através da Portaria nº 1230/GM, e sua prática reforçada pela Portaria 971, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Este último documento define que a mesma pode ser aplicada junto aos sistemas médicos complexos. Esse documento define que no SUS - Sistema único de Saúde- sejam integrados abordagens e recursos que busquem estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e de recuperação da saúde, sobretudo, os com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e com a sociedade (BRASIL, 2006).

3.2 Acupuntura na Atualidade

A Acupuntura vem evoluindo na esfera científica, com importantes contribuições e informações sobre a compreensão de suas dimensões de cura, tratamento e terapia. É possível citar ainda que mesmo sendo antiga e com fórmulas e princípios datados de milhares de anos atrás, a Acupuntura não é uma técnica ultrapassada, muito pelo contrário, é uma área de sua importância, o que chama atenção para a necessidade de estar em constante estudo sobre os seus preceitos e diretrizes, o que pode contribuir para a evolução prática dessa antiga e milenar arte de curar (MANN, 2012).

Na atualidade se percebe o crescimento e o reconhecimento da Acupuntura como uma prática eficaz, o que se dá ainda através de sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria 971, culminando uma série de discussões. Existe uma oposição entre as classes envolvidas com a prática da Acupuntura, envolvendo a área médica e as demais, que se caracteriza por um aumento de tensões que resultou em um intenso conflito legal (CRM, 2012).

Através de diversas ações jurídicas, em 2012, retomou-se a discussão da regulamentação da Acupuntura quando o Tribunal Regional Federal (TRJ-1ª região) decidiu, no dia 27 de março de 2012, que a Acupuntura poderia ser exercida somente por médicos, onde o Conselho Federal de Medicina questiona a legitimidade das resoluções de especialidade em acupuntura dos conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Farmácia e outros”, questões essas que vem sendo discutidas até hoje, mesmo que os conselhos das profissões citadas tenham decretos que legitimam que seus profissionais exerçam a Acupuntura, como será discutido a seguir (ARAÚJO, 2012).

Segundo Rocha *et al* (2015) a polêmica em torno da definição profissional para a prática da Acupuntura formou facções no interior da corporação, o que culminou uma divisão da ABA. Em meados 1984, foi fundada a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), reunindo um grupo de médicos acupuntores descontentes com a postura defendida na ABA de regulamentação da profissão não restrita a médicos.

Desde então surgiram inúmeros debates, aonde vários conselhos vem buscando meios para que seus profissionais, devidamente qualificados, possam exercer a Acupuntura a partir de sua formação, entre eles, está o COFFITO, que exige que o profissional de Fisioterapia apresente o certificado de conclusão de curso de Acupuntura, que somente será aceito e registrado se o curso for ministrado por entidade de reconhecida idoneidade científica e educacional e com seu projeto pedagógico analisado e aprovado pelo conselho em questão,

onde a carga horária mínima é de 1200 horas sendo 1/3 de atividades teóricas e com duração mínima de 2 anos (AQUINO; SILVA, 2010).

Em sua Resolução Res. 60 / 1985 art. 1º o COFFITO cita que:

Art. 1º. No exercício de suas atividades profissionais, o Fisioterapeuta poderá aplicar, complementarmente, os princípios, métodos e técnicas da acupuntura desde que apresente, ao respectivo CREFITO, título, diploma ou certificado de conclusão de curso específico patrocinado por entidade de acupuntura de reconhecida idoneidade científica, ou por universidade (COFFITO, 1985, s/p).

O COFFITO dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta na conformidade com a competência prevista nos incisos II, III e XII do Art. 5º, da Lei n.º 6.316, de 17.12.1975, onde considerando que:

- a) Que o Fisioterapeuta exerce a Acupuntura no país desde o ano de 1985, sob controle ético institucional autorizado pelo COFFITO, através de Resolução nº 60/85;
- b) Que as Resoluções COFFITO de nºs 97, de 22/04/1988, e 201, de 26/06/1999, estabeleceram um maior rigor acadêmico para a concessão de autorização ao Fisioterapeuta para a prática da Acupuntura;
- c) Que o Fisioterapeuta, foi submetido ao controle ético institucional para a prática da Acupuntura por mais de 15 anos, sem qualquer ocorrência de dolo social comprovado;
- d) Que as Resoluções COFFITO de nºs 60/85, 97/88 e 201/99 pelos positivos efeitos éticos e científicos produzidos, legitimam e justificam a ascensão da Acupuntura ao grau de especialidade, onde resolve ainda que: “art. 1º – Sem caráter de exclusividade corporativa, reconhecer a Acupuntura como especialidade do profissional Fisioterapeuta, desde que, tenha cumprido as exigências contidas nas Resoluções COFFITO de nºs 60/85, 97/88 e 201/99”.

Vale salientar ainda que a resolução do COFFITO nº 393 de 03.08.2011, disciplina a Especialidade Profissional do Fisioterapeuta no exercício da Especialidade Profissional em Acupuntura/MTC (Medicina Tradicional Chinesa) dando providências, a saber:

[...] Considerando a Ética Profissional do Fisioterapeuta, que é disciplinada por meio do seu Código Deontológico Profissional, Resolve: Art. 1º. Disciplinar a atividade do Fisioterapeuta no exercício da Especialidade Profissional em Acupuntura/MTC. Art. 2º. Para efeito de registro, o título concedido ao profissional Fisioterapeuta será de Especialista Profissional em Acupuntura/MTC. Art. 3º. Para o exercício da Especialidade Profissional em Acupuntura é necessário o domínio das seguintes Grandes Áreas de Competência: I - Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento; II - Avaliar funções tegumentares, sensoriais perceptivas e de dor, cinéticas e funcionais, articulares e viscerais, neurovegetativas, constituição física e tipológica, qualidade de vida; III - Identificar alterações, disfunções e distúrbios energéticos em meridianos e a ausência da homeostasia; IV - Realizar avaliação física e cinesiofuncional do cliente/paciente/usuário; V - Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais; VI - Solicitar, realizar e interpretar exames complementares; VII - Aplicar testes e exames em Acupuntura, VIII - Montar, testar, operar equipamentos e materiais, IX - Decidir, prescrever e executar a terapêutica apropriada em

Acupuntura e os recursos da Medicina Tradicional Chinesa; X - Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico; XI - Planejar e executar medidas de prevenção e redução de risco; XII - Prescrever e executar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

É importante frisar ainda que de acordo com a Constituição Federal de 1988, cita sobre os direitos e garantias fundamentais, individuais e coletivos, a saber:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.

Nesse cenário de disputas está presente ainda o ato médico, uma manifestação feita pela categoria médica, onde se discute o que podem ou não fazer as classes não médicas, o que transforma a palavra do médico como única via para as decisões relativas ao paciente, o que vem causando conflitos. Esse projeto pode ser importante para que a classe médica possa regulamentar a sua atuação, mas por outro lado, precisa respeitar os interesses dos demais profissionais da saúde e da população em geral, que pode acabar passando por um atendimento prejudicado pela diminuição de procedimentos efetuados pelas outras especialidades (PEREIRA, 2010).

É preciso pontuar ainda que essa subordinação das outras áreas através do ato médico fere a Constituição Federal de 1988 e os princípios e diretrizes do SUS, indo contra o que esses institutos pregam que são, a universalidade, igualdade, integralidade e equidade, e ainda, ir contra os programas de saúde desenvolvidos no país pelo sistema de saúde vigente, onde os vetos feitos a esse projeto têm sido comemorados por todas as classes não médicas.

Reitera-se ainda que os acupunturistas não são direcionados a dar diagnósticos médicos, de enfermagem ou de qualquer outra profissão, onde a anamnese, exame clínico, diagnóstico e tratamento precisam estar baseados na medicina tradicional chinesa, que possui uma própria filosofia, que se mostra completamente diferente da medicina ocidental (NORDON; COHEN, 2012).

O Brasil possui muitos profissionais que exercem a Acupuntura, sendo que, 95% desses têm formação superior na área da saúde, onde possuem uma qualificação baseada em disciplinas básicas da área da saúde, conhecem Anatomia e Fisiologia, e aprenderam Acupuntura em cursos de pós-graduação ou de especialização. E ainda, os 5% restantes são os técnicos de Acupuntura formados em cursos com autorização e reconhecimento das Secretarias de Estado da Educação de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Santa Catarina, com as devidas exigências, que possuem cerca de 1.440 horas, com 2 a 3 anos de duração, contendo

todas as disciplinas básicas como Anatomia, Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia e Epidemiologia (KWANG, 2007).

E ainda, pode-se considerar o ato médico, um retrocesso em relação às diretrizes e os princípios estabelecidos na Constituição de 1988 para o SUS, e numa perspectiva geral, pode comprometer o modelo de atenção à saúde que vem sendo preconizado no Brasil, baseado no atendimento universal, igualitário e integral, através de um atendimento realizado por equipes multiprofissionais (CAMPOS, 2011).

O principal objetivo desse atendimento vem ao encontro das necessidades no campo da Saúde Coletiva, onde se prioriza o acesso a serviços e cuidados, a qualidade da assistência e das práticas dos profissionais, e ainda, resguardar os direitos à saúde que é dever do Estado em suas políticas públicas. Por isso, pode-se dizer que o ato médico se coloca como um obstáculo cultural, político e ideológico de grande complexidade, dificultando o alcance de outras práticas profissionais (SCHRAIBER, 2012).

De acordo com Rocha *et al* (2012) outros países vêm realizando a regulamentação da prática da Acupuntura e o perfil de profissional exigido pode variar de acordo com o seu país, onde em grande parte deles é necessária a formação em medicina ocidental como requisito principal.

No Brasil, como já foi citado, a Acupuntura ainda é considerada uma especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina, onde se defende a exclusividade de sua prática por médicos. No entanto, conselhos de outras categorias profissionais de saúde também reconhecem a prática da Acupuntura como especialidade. Diante disso, é uma especialidade que tem sido exercida por uma variedade de profissionais, o que pode incluir ainda acupunturistas com formação no exterior, ou profissionais com formação em cursos livres no Brasil, técnicos ou especialistas em Acupuntura (ROCHA *et al*, 2015).

Nos Estados Unidos a legislação sobre a regulamentação de profissões é competência dos Estados componentes da Federação, sendo que, dos 51 estados americanos, apenas seis não possuem regras específicas sobre a Acupuntura, que são: Alabama, Delaware, Mississippi, Dakota do Norte e do Sul e Wyoming. Diante disso, pode-se dizer que 45 estados já regulamentaram o exercício da Acupuntura, onde é preciso obedecer a determinados requisitos para que o interessado possa ser licenciado pelo governo estadual para exercer a sua profissão em território específico, sendo que, em vários casos, a regulamentação da Acupuntura é feita juntamente com outras práticas da medicina oriental (SOUZA, 2009).

Vale citar que existe um aspecto interessante a ser destacado, que diz respeito à especialização nos estados americanos, onde existe um departamento ou divisão, dentro do

quadro funcional dos órgãos de saúde de cada estado, que tem por objetivo controlar e regular os temas relacionados ao exercício da medicina alternativa ou complementar, em especial, a Acupuntura. É um fator que pode refletir em maior proteção aos consumidores desses serviços, pois não dispõem somente de normas de defesa de seus direitos, mas também de uma estrutura específica e especializada no assunto, que busca meios para fiscalizar e supervisionar essa profissão (SOUZA, 2009).

No Reino Unido não existe uma regulamentação própria para o exercício da Acupuntura por pessoas que não pertencem a uma categoria profissional da saúde. Assim, os profissionais das áreas da saúde precisam se sujeitar às normas que regulamentam a sua profissão, onde a Acupuntura pode ser utilizada por determinado grupo. Entretanto, diante da necessidade de atuação normativa estatal, para os práticos não inseridos em uma profissão regulamentada, a Inglaterra abriu a possibilidade de extensão das linhas mestras orientadoras aos demais países do Reino Unido (FISHER, 1994).

Mesmo que ainda não tenha passado por uma aprovação de uma norma específica, no Reino Unido, a prática da Acupuntura é uma atividade marcada por uma extensão de diversidade e variedade de contextos onde é aplicado, que pode ir desde o uso por praticantes tradicionais, ou como uma técnica praticada por uma gama de profissionais da saúde, o que inclui médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais de medicina complementar e alternativa, e ainda, faz parte da medicina tradicional chinesa, o que mostra a diversidade dos praticantes da Acupuntura (FISHER, 1994).

No caso da Espanha, a prática que envolve procedimentos da terapia natural, como a Acupuntura, requer alguns requisitos gerais e específicos devem ser respeitados, por exemplo, para os estabelecimentos voltados para a prática em saúde, há a necessidade de autorização prévia emitida pelo Departamento de Saúde, considerando que para as pessoas físicas, é necessário um processo de acreditação para o início de suas atividades, o que envolve o reconhecimento pelo departamento específico, onde o profissional precisa dispor de conhecimentos básicos e das habilidades que se encontram previstas nos programas de formação profissional, além da avaliação das competências para cada terapia específica (SOUZA, 2009).

Esses profissionais quando passam a ser creditados para a prática podem realizar suas atividades nos estabelecimentos do gênero ou em centros sanitários, o que precisa ocorrer sob direção de um profissional competente. Os profissionais estão sujeitos à observância das diretrizes estabelecidas na Declaração coletiva De Princípios Da Prática de Terapias Naturais, que é aprovada pelo titular do Departamento de Saúde, a partir da proposta da Comissão

Assessora para a Regulação das Terapias Naturais, e em nenhum caso, pode se exercer uma função sem qualificação (SOUZA, 2009).

No Chile existe uma legislação que considera a Acupuntura como uma prática médica alternativa ou complementar da medicina oficial, sendo uma atividade auxiliar da saúde. Eles entendem que a regulação dessa atividade diz respeito aos requisitos de conhecimentos e idoneidade que é responsável por essa prática, ou seja, profissionais ligados a medicina (SOUZA, 2009).

É necessário cumprir alguns requisitos regulamentares, que são autorizados pelo Estado, por meio da Secretaria Regional Ministerial da Saúde. Nesse caso, o Poder Público atua diretamente no processo, com o intuito de verificar o cumprimento de determinados requisitos para licenciar o profissional a trabalhar com a Acupuntura, que passa por um reconhecimento estatal para regular a prática. Vale pontuar ainda que, o profissional que possui o título de acupunturista outorgado pelos estabelecimentos de ensino superior reconhecido, não necessita dessa autorização (SOUZA, 2009).

O México segue os mesmos passos do Chile, pois também considera, de forma expressa, a Acupuntura como atividades auxiliares dos serviços de saúde. A regulamentação dessa atividade foi feita juntamente com outras formas consideradas complementares como a homeopatia, a fitoterapia, a quiropraxia, assim como o serviço das parteiras e curandeiros (SOUZA, 2009).

O mesmo autor cita ainda que no país em questão, a prática da Acupuntura é realizada com observação nos princípios científicos e éticos que orientam a prática médica, além das normas próprias que regem a profissão. O México vem normatizando os procedimentos e as especificações das práticas envolvidas na Acupuntura, implantando regras referentes a sua prática como, a reavaliação do paciente a cada cinco sessões, anotações em prontuário, cuidados específicos com métodos, equipamentos, instrumental, material e outros insumos.

Assim, o Chile restringiu o perfil do acupunturista aos médicos, que são devidamente especializados em Acupuntura, sendo comprovado por título, documento profissional ou de especialização, e ainda, legalmente expedidos e registrados pelas autoridades educacionais competentes. Esses requisitos educacionais são fixados e revistos por autoridades da área educacional, os quais também são aplicáveis aos técnicos que atuam sob a supervisão do médico, e aos demais, aplicam-se as disposições sanitárias pertinentes aos serviços de saúde, que são consideradas regras gerais (SOUZA, 2009).

Diante disso, pode-se pontuar que as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) direcionam suas políticas, para que os países promovam a segurança, eficácia e

qualidade das práticas saúde, além de sua integração com o sistema sanitário predominante, o que envolve ainda questões como a acessibilidade, o uso racional, a conveniência e uma boa relação de custo e benefício, que também precisam ser consideradas.

Enfim, o sistema sanitário precisa ser definido em cada nação em específico, bem como a estratégia para a reforma desse setor. Para isso existem os mecanismos legislativos que se mostram necessários para fomentar e manter uma boa prática, assim como para o acesso à saúde e tudo que ela pode oferecer, com segurança, a eficácia e a autenticidade de qualquer que seja a terapia. Para a OMS, diante da falta de uma política e uma atuação legislativa que promova esse acesso, as terapias, como a Acupuntura, tratada nesse estudo, acaba sendo praticada sem nenhum controle governamental e ainda, sem oferecer uma devida proteção ao paciente/consumidor (SOUZA, 2009).

3.3 Acupuntura e Fisioterapia

A Acupuntura é um método voltado para a saúde, com base na Medicina Tradicional Chinesa, e o seu uso é voltado para alívio de sintomas e dores, e ainda, auxilia na regulação do organismo. No entanto, ao combinar seus métodos aos métodos não invasivos da Fisioterapia, é possível conferir um efeito positivo, que auxilia no processo curativo do indivíduo (LOVESEY; TAYLOR; ELLIS, 2001).

A introdução da Acupuntura na Fisioterapia não ocorreu apenas no Brasil, mas também em vários outros países da América do Norte e no Reino Unido. Em meados dos anos 70 no Canadá, muitas instituições e profissionais de medicina física e reabilitação já estudavam práticas clínicas com Acupuntura e no início da década seguinte, muitos fisioterapeutas do Reino Unido já estavam frequentando cursos intensivos voltados para a Acupuntura, aderindo à sua prática (ZHUO, 1982; LOVESEY; TAYLOR; ELLIS, 2001).

Em estudos de Duffin (1982) é possível observar relatos de bons resultados em pacientes tratados com Acupuntura dentro do departamento de Fisioterapia, apontando que a melhora foi alcançada com a Acupuntura quando a terapia convencional não apresentava resultados ou quando se estabilizava, e quando nenhum tipo de tratamento tinha efeito, a Acupuntura apontou uma melhora imediata. Dentre as patologias tratadas, podem-se destacar a asma, osteoartrite do joelho, dor não específica do quadril, dor pós-patelectomia, dor cicatricial, capsulite adesiva e eczema.

A Acupuntura consiste na inserção de agulhas em pontos anatômicos específicos do corpo, com o objetivo de produzir efeito terapêutico ou analgésico, buscando ainda, o

equilíbrio do corpo e da mente por meio do estímulo em pontos de acúmulo de energia, e um desses mecanismos de ação é a analgesia (LIN; HSING; PAI, 2006).

Nesse cenário, a Fisioterapia também se mostra como um importante meio para controle da dor e no aumento ou manutenção das habilidades funcionais do paciente em casa ou no trabalho, assim como na redução de outros sintomas que lhe causam sofrimento, mostrando ainda mais sua eficácia em conjunto com as técnicas da Acupuntura (SOUZA; FIALH; OTANI, 2007).

Segundo Lin; Hsing; Pai (2006) doenças como cefaléia crônica, cervicalgia crônica e algumas osteoartroses foram sendo estudadas com o passar do tempo, mostrando a eficácia da Acupuntura.

Diversos autores como Ross (2003) e Wen (1985) descrevem em seus livros diversas combinações de pontos e métodos de aplicação que tem se mostrado bastante eficazes no tratamento das algias na região cervical.

Nohama; Silvério-Lopes (2009) apontam que a acupuntura vem apresentando bons resultados terapêuticos em dores cervicais e, ainda, uma extensa literatura sobre esse sintoma e os pontos de aplicação de acupuntura.

Uma pesquisa realizada por Silva (2009) na Faculdade de Medicina de Rio Preto foi possível verificar o impacto do tratamento por Acupuntura na saúde geral e na qualidade de vida de pacientes com diversas queixas álgicas, inclusive cervicalgia. Foi evidenciado melhora significativa de todos os parâmetros analisados, o que demonstrou que o tratamento por Acupuntura pode levar a melhoras significativas no estado geral do indivíduo, mesmo não podendo curar efetivamente as patologias crônicas.

Em outro estudo realizado em indivíduos idosos por França et al. (2006), a cervicalgia e a cervicobraquialgia compõem um quadro álgico bastante comum nesta população, e ao serem submetidos ao tratamento com Acupuntura apresentaram uma melhora significativa em todos os parâmetros analisados.

Na Alemanha também foi realizado um estudo para investigar a eficiência da Acupuntura associada à assistência médica convencional comparada ao tratamento convencional em pacientes com cervicalgia crônica. Na primeira avaliação após três meses de tratamento houve melhora significativa da cervicalgia e incapacidade no grupo que recebeu a acupuntura em relação ao grupo controle, e essa melhora se mantiveram na avaliação após seis meses. Os autores citam após a pesquisa que a inclusão da Acupuntura nos cuidados de rotina nos pacientes com cervicalgia crônica pode resultar em benefício clinicamente relevante (WITT et al, 2006).

Como se observa, existe uma eficácia demonstrada em várias situações, abrindo espaço para mais pesquisas científicas sobre a compreensão de seu uso. A pesquisa voltada para a Acupuntura se mostra como um grande interesse para várias áreas voltadas para a saúde, através de conhecimentos milenares, que podem colaborar para importantes avanços, favorecendo o bem-estar humano.

3.3.1 Os Pontos Principais da Acupuntura ou Acupontos

Os acupontos dizem respeito às regiões da pele onde existe uma consistente concentração de terminações nervosas sensoriais, relacionando-se intimamente com nervos, vasos sanguíneos, tendões, periosteos e cápsulas articulares (WONG, 2014).

A estimulação de tais pontos enseja um acesso direto e sistemático ao Sistema Nervoso Central, como aponta Focks (2012). Existem ainda os plexos nervosos, que constituem elementos vasculares, assim como feixes musculares que podem ser apontados como os prováveis sítios receptores dos acupontos.

Segundo Farber (2013) existem ainda outros receptores que são encapsulados, principalmente o denominado de órgão de Golgi do tendão assim como os bulbos terminais de Krause.

O mesmo autor (2013) cita ainda que os acupontos podem ser revestidos e envoltos por propriedades elétricas variadas em áreas adjacentes, onde tem como principais características a condutância elevada, menor resistência, padrões de campo organizados e diferenças de potencial elétrico.

Podem ser chamados também de pontos de baixa resistência elétrica da pele, e ainda podem ter sua localização logo na superfície da pele por meio de um localizador de pontos. Nos estudos com ratos, ocorre uma correlação essencialmente positiva entre o desenvolvimento de pontos de baixa resistência elétrica da pele assim como um crescimento expressivo em relação à contagem de mastócitos no tecido conjuntivo da derme nestes pontos de baixa resistência elétrica da pele (ROSS, 2013).

Nesse sentido, Wong (2014) constatou que se tratando de acupontos de ratos e humanos é possível verificar que junções existentes entre mastócitos e fibras nervosas aferentes e eferentes imunerreativas para o neurotransmissor substância.

Ainda na opinião de Wong (2014, p. 22), denota-se que “[...] junções específicas mastócito-célula nervosa foram observadas nos acupontos, bem como relatos de granulação de mastócitos no acuponto após sua estimulação com agulhas”

De modo funcional, os mastócitos encontram-se intimamente relacionados com as reações de hipersensibilidade imediata, inflamação neurogênica assim como enfermidades parasitárias. Assim, por conta da enorme variedade de estímulos e agentes com condição de ativar o mastócito, verifica-se que também existem sugestões em relação a sua participação enquanto adjuvante ou mesmo amplificador de respostas inflamatórias agudas não relacionadas com hipersensibilidade imediata (WONG, 2014).

Assim, pode-se dizer que as combinações de tais características fazem com que o ponto de acupuntura se mostre extremamente reativo a um simples estímulo provocado pela inserção da agulha. Os acupontos podem ser divididos em tipo I ou pontos motores; tipo II, localizados nas linhas medianas posteriores e anterior (ou dorsal e ventral) do organismo e tipo III, que apresentam leitura difusa com neurômetro(WONG, 2014).

Quanto à sua localização, os acupontos dos membros estão situados a linhas do trajeto dos principais nervos e vasos sanguíneos, os do tronco, ao nível da inervação segmentar, local onde nervos e vasos sanguíneos penetram a fáscia muscular e os da cabeça e face, próximos aos nervos cranianos e cervicais superiores (MANN, 2012).

3.3.2 As patologias mais tratadas

O processo inflamatório: independentemente de sua causa, tem como característica primordial, diversos tipos de reações tanto de células quanto de tecidos em relação à exposição a uma agressão. Todavia, a complexidade das alterações de natureza bioquímicas, morfológicas e funcionais que ocorrem no decorrer do processo inflamatório, evidencia um exemplo singular de homeostase (MANN, 2012).

A literatura científica, correlação entre acuponto e mecanismos de ação da acupuntura tem sido feito com elementos do processo inflamatório, principalmente aspectos neurogênicos. Cicatrização, neovascularização e regeneração: segundo pesquisadores, tem-se evidenciado que a eletroacupuntura tem capacidade de exercer um efeito cicatrizante benéfico em feridas experimentalmente induzidas na pele de ratos segundo estudos e testes realizados nessa situação (MANN, 2012).

Verifica-se que os efeitos da acupuntura incidem numa cicatrização completa, livre de contaminação caracterizada por uma tensão relativamente superior em relação a outros testes realizados.

Por meio da acupuntura ocorrem estímulos que promovem uma cicatrização completa de forma harmônica em relação a aspectos fisiológicos, não sendo necessariamente induzida por meio de medicação (FABER, 2013).

Resposta imune: por fim, com relação a resposta imune, denota-se que o efeito proporcionado pela acupuntura e moxabustão (que se trata do aquecimento da pele sobre o ponto da acupuntura em relação a um bastão de moxabustão – *Artemisiavulgaris* – em brasa) em relação as funções imunológicas encontram-se intrinsecamente ligada ao local passível de estimulação (MANN, 2012).

Isso cria condições para um sistema imune mais saudável e eficiente em suas funções assegurando resistência ao organismo para o combate a infecções e doenças causadas por estresse emocional ou fisiológico (MANN, 2012).

Sem dúvida a medicina tradicional chinesa vem mostrando destaque no mundo moderno através da Acupuntura onde se percebe excelentes resultados em diversas patologias, atuando ainda de forma preventiva fortalecendo o sistema imunológico contra possíveis agentes patógenos. A Acupuntura é capaz de tratar o ser humano de forma global, auxiliando no equilíbrio de todos os sistemas energéticos do corpo fazendo com que o indivíduo, melhorando sua qualidade de vida (NUNES; MEJIA, 2001).

Pode-se apontar que existem bons resultados através da Acupuntura, sendo que, em muitos casos é possível a diminuição na administração de fármacos ou o paciente tem a possibilidade de fazer o tratamento sem nenhuma necessidade de administração farmacológica, sem causar nenhum tipo de complicação, sendo uma prática segura, equase sempre sem contra indicações (NUNES; MEJIA, 2001).

A Acupuntura pode ser indicada para uma gama de problemas de saúde, como por exemplo, a Rinite Alérgica, que é definida como uma reação de resposta inflamatória da mucosa que reveste o nariz toda vez que ela entra em contato com determinadas substâncias que são chamadas de alérgenos. A rinite alérgica envolve sintomas como crises de espirros, coriza, coceira nasal, obstrução nasal e sintomas oculares, como coceira e lacrimejamento, sendo tratada, em sua maioria, através de terapia medicamentosa (NOVAES; AKABANE, 2012).

Nesse caso, a Acupuntura pode ser uma alternativa interessante ao tratamento tradicional, pois se mostra capaz de estimular reações fisiológicas como a ativação do sistema imunológico, além favorecer o equilíbrio do organismo. De acordo com pesquisas já realizadas, foi possível apontar que os pacientes com rinite alérgica tratados com Acupuntura podem apresentar melhoras significativas na obstrução nasal, espirro, coriza, prurido nasal e

nas recidivas da patologia, o que se mostra uma alternativa promissora como método de tratamento (NOVAES; AKABANE, 2012).

Outra patologia, como a tendinopatias, a Acupuntura pode apresentar efeitos analgésicos imediatos, indicando a diminuição de rigidez e aumento da mobilidade. Nas patologias musculoesqueléticas, a Acupuntura é uma das mais importantes indicações de tratamento, considerando a rapidez e eficácia no tratamento, diminuindo as aderências, e ainda, melhorando a oxigenação tecidual, equilibrando o metabolismo. Assim, pode-se dizer que a Acupuntura ao longo dos anos vem mostrando bons resultados em diversas patologias, trazendo qualidade de vida diminuindo as dores de forma significativa (NUNES; MEJIA, 2001)

Outra intervenção com bom resultado diz respeito às dores nos ombros, indicando melhora na dor em grande maioria dos pacientes, com a intervenção da Acupuntura. Esses bons resultados abrem espaço para outras pesquisas a respeito deste assunto para se ter mais comprovações científicas dos tratamentos feitos através da Acupuntura, e assim, a prática pode ganhar cada vez mais espaço nos tratamentos de saúde (NUNES; MEJIA, 2001).

Estudos de Takiguchi *et al* (2008) descrevem em sua pesquisa uma melhora nas variáveis sono, dor e qualidade de vida dos indivíduos estudados em relação a problemas relacionados com a fibromialgia. Considerando que a qualidade do sono parece estar intimamente ligada a sintomas como a dor crônica, a Acupuntura mostrou um efeito analgésico, pelo efeito sistêmico das inserções em locais de dor, melhorando também o sono.

Dias *et al* (2012) também relata em seus estudos que a Acupuntura promove uma melhora importante na qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. Esse efeito ocorre através da inserção das agulhas nos pontos reflexos, o que é capaz de promover a condução de estímulos intensos e vigorosos, que tem resposta no cérebro, estimulando o sistema supressor da dor, e assim, liberando as endorfinas naturais, resultando em alívio da dor.

A depressão é uma doença psicossomática que também vem sendo estudada, por ser uma patologia que mais cresce no mundo, e sendo o seu tratamento focado em fármacos psicotrópicos. No entanto, a grande parte dos indivíduos que fazem uso desses psicotrópicos no tratamento da depressão, não conseguem resultados esperados ou acabam sofrendo com os efeitos colaterais. Diante disso, novas condutas terapêuticas vão sendo estudadas para melhorar o tratamento desta patologia (PEREIRA, 2015).

Nesse cenário, a Acupuntura pode auxiliar de forma íntegra no tratamento dos sintomas da depressão. Em estudos de foi possível concluir que pacientes que receberam procedimentos de Acupuntura tiveram um alívio de sinais e sintomas da depressão, apontando

que o tratamento através dessa prática, pode ser uma excelente alternativa terapêutica, para auxiliar na redução de sinais e sintomas depressivos (PEREIRA, 2015).

Diante disso, fazem-se necessários mais estudos com outras variáveis e com as mais diversas patologias, buscando a verificação de outros aspectos fisiológicos e psíquicos, assim como as respostas positivas através de procedimentos com Acupuntura, na busca por resultados que coloquem essa prática não apenas como um complemento terapêutico, mas uma opção que aponte resultados satisfatórios.

3.3.3 Benefícios da Acupuntura na Fisioterapia

A introdução da Acupuntura na Fisioterapia não ocorreu apenas no Brasil, mas em vários outros países da América do Norte e no Reino Unido. Em meados da década de 70 no Canadá, muitas instituições e profissionais de medicina física e reabilitação já estavam envolvidos em pesquisas ou práticas clínicas com Acupuntura, e na década seguinte, muitos fisioterapeutas do Reino Unido já estavam frequentando cursos intensivos de acupuntura aderindo à sua prática, considerando essa prática uma modalidade muito útil (ZHUO, 1982; TAYLOR; ELLIS, 2001). ARTIGO 2

Muitas pesquisas clínicas indicam que existem evidências de que a Acupuntura é eficaz para o tratamento de diversas condições, tais como náuseas e vômito, cefaleia do tipo tensional, assim como a dor lombar crônica, depressão e cervicálgia. Outros estudos mostram que a Acupuntura em conjunto com técnicas da Fisioterapia possui uma relação custo-efetividade, indicando inúmeros benefícios para osteoartrose de joelho, lombalgia, dismenorreia e cervicálgia (MORÉ et al, 2011). ARTIGO 3

A Acupuntura já é utilizada de forma ampla dentro da Fisioterapia, em especial para o alívio da dor, pois possui mecanismos analgésicos, que vem sendo estudados desde a década de 70, revelando a relação da estimulação dos pontos com funções e fatores neurais e humorais no organismo. O efeito analgésico da técnica pode proporcionar a intervenção das técnicas fisioterapêuticas, incrementando a atuação dessa área. KERR e colaboradores (2001),

É importante frisar que a Acupuntura aborda uma enorme gama de patologias, inclusive as tratadas pela Fisioterapia, o que precisa ser considerado, abordando não somente o alívio da dor, mas também o reequilíbrio energético do paciente e melhorando sua saúde (WEN, 1995; ZHANG et al, 1999; LOVESEY; TAYLOR; ELLIS, 2001).

De acordo com Lovesey; Taylor; Ellis (2001) as modalidades fisioterapêuticas em conjunto com a Acupuntura podem ser empregadas para diminuir a inflamação, aumentando a

cura local, causando analgesia local. Assim, a área lesionada ganha energia, promovendo a cura tecidual, sendo válida para aplicação de tratamento de Fisioterapia apropriado para alongamento, mobilidade ou fortalecimento gradual. Dessa forma, a aplicação associada de aparelhos existentes na Fisioterapia nos pontos de Acupuntura pode potencializar e melhorar o tratamento tornando-o o mais efetivo possível.

Nesta última década, a Acupuntura vem se tornando uma opção terapêutica cada vez mais utilizada no tratamento da dor, mesmo com o progresso no desenvolvimento de fármacos que auxiliam no manejo das condições álgicas, existe uma crescente preocupação com os efeitos colaterais, principalmente dos analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais, e diante disso, a Acupuntura tem se mostrado de grande valia (MOREÉ et al. 2011).

É preciso pontuar ainda que a acupuntura não é capaz de causar apenas um efeito analgésico, mas pode provocar múltiplas respostas biológicas, como aponta França et al. (2006) a Acupuntura é capaz de promover a preparação das diversas estruturas do corpo através da melhora da oxigenação tissular, aumento do aporte sanguíneo, efeito analgésico e miorelaxante, otimizando ainda, o estado emocional do paciente favorecendo um melhor desempenho na mobilidade articular. ARTIGO 3

Nesse cenário vale frisar que a Acupuntura, quando é praticada por profissionais qualificados, pode se revelar uma medida não farmacológica efetiva para o tratamento de várias doenças, demonstrando ser um método seguro, custo-efetivo e com baixos índices de efeitos colaterais. Tendo em vista o aumento significativo da utilização da Acupuntura no tratamento de diversas desordens orgânicas e condições álgicas, é preciso buscar através de outros estudos e pesquisas, os benefícios da utilização deste método terapêutico no tratamento de várias patologias.

3.3.4 Estratégia da Organização Mundial da Saúde sobre Medicina Tradicional 2014-2023

Um breve resumo das estratégias de implantação da medicina Tradicional nos países membros da Organização Mundial de Saúde até 2023 é antes de tudo uma resposta a questões levantadas na Assembleia Mundial da Saúde sobre a Medicina Tradicional (WHA62.13) e servir como base para os representantes e responsáveis para a implantação das diretrizes.

O OMS entende que a saúde, bem estar e a atenção à saúde centrada na pessoa; promoção da utilização segura e eficaz por meio de regulamentação e pesquisa, assim como a incorporação de produtos, profissionais e práticas nos sistemas de saúde deve ser desenvolvidas por meio de políticas públicas e aplicação de planos e ações que reforcem o papel da MTC na saúde das pessoas.

Quatro pontos se destacam como pilares destas diretrizes, quais sejam: *política, segurança, eficácia e qualidade, acesso e uso racional*. Na *Política*, espera-se uma integração da MTC no Sistema de Saúde Nacional e o desenvolvimento e aplicação de políticas e programas sobre MTC; Em *Segurança, eficácia e qualidade*, entende-se a ampliação da base de conhecimentos e prestação de suporte sobre normas reguladoras e garantia de qualidade da MTC; em *acesso*, espera-se melhorar a disponibilidade e alcance da MTC principalmente para as pessoas pobres e; *uso racional*, centra-se na promoção do uso terapêutico da MTC entre os profissionais e usuários.

O OMS reconhece que avanços tem acontecido em vários países, mas elenca uma série de problemas na implantação das estratégias apontadas pelo países, como por exemplo, aplicação de políticas e regulamentação; identificação e avaliação de estratégias e critérios para incorporação da MTC na atenção primária no âmbito nacional; segurança e qualidade na avaliação dos produtos e serviços, qualificação de profissionais, metodologias e critérios para avaliar a eficácia; capacidade para controlar e regulamentar a publicidade e a afirmação da MTC e da Medicina Complementar; atividades de pesquisa e desenvolvimento; formação e capacitação de profissionais da MTC; informação e comunicação, incluindo intercâmbio de informação de políticas, regulamentos, características dos serviços e dados de pesquisa precisos para os usuários.

Para intervir nos problemas citados acima é que se propôs este documento intitulado pela OMS de Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023 em que são discutidos e propostos meios de aplicação, avaliação e correção das políticas de saúde. No entanto, são respeitadas as particularidades culturais, educacionais e políticas de cada país membro.

4 REFERENCIAIS BIOÉTICOS

4.1 Dados Históricos

Em 1927, em um artigo publicado no periódico alemão *Kosmos*, Fritz Jahr utilizou pela primeira vez a palavra bioética (*bio + ethik*). Esse autor caracterizou a Bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos. O termo “Bioética” apareceria novamente e foi descrito na

década de 70 pelo o biólogo e oncologista Van Rensselaer Potter onde publicou: *Bioethics: The Science of Survival e Bioethics: Bridge To the Future*. As obras procuraram mostrar que os valores éticos não podem estar separados dos fatos biológicos. Com o avanço da medicina, especialmente da tecnologia biomédica, novos problemas foram colocados frente ao homem, e Potter defendeu que ética da vida teria que ultrapassar os muros das universidades, sempre em prol da vida humana (GOLDIM, 2003).

A Bioética nasce com um escopo abrangente onde o valor da vida faz um apelo à necessidade de descentrar a questão ética do eixo meramente humano. O pesquisador norte-americano, Van Rensselaer Potter, ao cunhar o neologismo *bioethics*, definiu Bioética como sendo a “ciência da sobrevivência humana”. Em sua obra pioneira, *A ponte para o futuro*, de 1971, alertou a humanidade sobre a necessidade de unir-se em torno do cuidado e defesa da vida, numa perspectiva que vai além do âmbito exclusivamente humano. Sua proposta habitava a criação de uma disciplina capaz de interação dinâmica entre a espécie humana e o meio ambiente (PESSINI, 2008).

A Bioética passou pelo individualismo até as questões de identidade pública, no início do séc. XXI. Após sua fase de expansão e consolidação nos anos 1980 e início de 1990, seguida pela fase de revisão crítica a partir de então, ela se passa por momentos de ampliação conceitual. No Brasil, por exemplo, passou a abranger diferentes áreas do conhecimento em torno de novas abordagens, como a Bioética da Intervenção e da Proteção, voltados para a Ética em saúde, acumulando um extraordinário volume de estudos e publicações (BADARÓ; GUILHERM, 2008).

A Bioética se tornou um assunto tão importante e necessário em diversas áreas, como na educação e saúde, o que abrange ainda as políticas públicas de saúde, o que precisa também ser respaldado pela educação em saúde. A perspectiva Bioética das políticas públicas de saúde e educação reflete na formação dos profissionais de saúde e sua atuação no mercado de trabalho, nos deveres e responsabilidades do grupo profissional. Desta forma se torna necessário pesquisar a compreensão da prática bioética em saúde, especificamente na especialização de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (MTCA), onde convergem profissionais advindos de formações distintas, observando a contextualização da bioética transdisciplinar (SALGADO; SILVA, 2012).

4.2 Bioética e Fisioterapia

Segundo Neves; Osswald (2007), a Bioética pode ser considerada como um estudo interdisciplinar no âmbito das ciências da vida e da atenção à saúde, voltado para a análise de tomada de decisões, fornecendo bases para a formulação de juízos práticos e políticos sobre decisões e atos voltados que vão de encontro a valores e princípios morais.

No Brasil, a Bioética é uma disciplina jovem e os primeiros passos para seu fortalecimento acadêmico começaram em meados dos anos 1990, com a criação dos Comitês de Ética em Pesquisa que tiveram um papel importante na institucionalização da disciplina. E assim, a partir de 2001, com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde, a bioética ganhou ainda mais força, sendo imprescindível sua inclusão durante a graduação.

Independentemente de estarem enfermas, as pessoas mantêm seus direitos fundamentais. Ao contrário, a conjuntura que as coloca em fragilidade temporária ou permanente, confere maior alcance a alguns desses direitos fundamentais. Sobreleva, neste momento, o direito à integridade física e psíquica, ou o resguardo à vida privada, no afã de indicar caminhos relacionados às mensagens estabelecidas em inúmeros documentos internacionais pertinentes à dignidade e aos direitos humanos.

[...] Diante disso, equilibrar as exigências entre qualidade para o paciente, qualidade profissional e qualidade de gestão só pode ocorrer a partir do estabelecimento de compromissos mútuos e de vivências partilhadas, onde a mais elevada expressão de autonomia e autorregulação é atribuir a si mesmo os seus deveres (NUNES, 2006, p. 211).

Na realidade brasileira, para os Fisioterapeutas, o que rege esse equilíbrio é o Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional, aprovado pela Resolução COFFITO-10, de 3 de julho de 1978.

A última fase da expansão da Bioética, que se inicia na virada do século XXI e se mantém até o presente momento, vem ressaltando a necessidade de enfrentar de um modo mais ético e concreto as questões sociais e sanitárias, e de garantir a universalidade do acesso de indivíduos e comunidades aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico. É a partir desse momento que os modelos teóricos brasileiros e latino-americanos, voltados para as necessidades sociais e características culturais de suas regiões, ganham maior relevância e reconhecimento (GARRAFA; CORDON, 2006).

É possível afirmar que a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Unesco, publicada em 2005, vem reafirmar a pertinência dessas novas formas de conceber a bioética na medida em que reconhece os conflitos bioéticos provocados por razões

socioeconômicas e culturais e tomam as questões de saúde pública como questões próprias da bioética (UNESCO, 2005).

A Bioética e a Fisioterapia são conhecimentos notavelmente recentes, desenvolvidos na segunda metade do século passado, que se estabilizou rapidamente. Na modernidade, são áreas de conhecimento identificadas e reconhecidas nos meios clínicos, científicos e sociais. No entanto, é recente a inserção da reflexão bioética sobre a práxis da fisioterapia e, portanto, a apropriação da fundamentação bioética pela Fisioterapia (GOLDIM, 2009).

Ao longo das duas últimas décadas, disciplinas de Bioética foram introduzidas na grade curricular dos diversos cursos de graduação e pós-graduação em muitas instituições de Ensino Superior do país. Multiplicaram-se programas de capacitação e pós-graduação em bioética e o surgimento de núcleos de pesquisas proporcionaram o aprofundamento das suas bases teóricas e da produção científica nacional (FIGUEIREDO, 2011).

A Bioética foi ganhando uma maior importância e reconhecimento com o passar do tempo, sendo tratada como conteúdo fundamental para uma formação profissional no Brasil. Surgiram muitos programas de educação continuada, cursos de especialização e programas de pós-graduação em bioética, além do surgimento de núcleos nacionais de pesquisas em bioética que proporcionaram. As temáticas que envolvem a bioética e a fisioterapia no Brasil estiveram ao longo da história da profissão fundamentada em conceitos deontológicos, limitadas ao código de ética profissional e aos aspectos legais (FIGUEIREDO, 2011).

O desenvolvimento da Fisioterapia está ligado à evolução de procedimentos e métodos de ensino-aprendizagem de conteúdos curriculares e aos avanços clínico-científicos da saúde. Em virtude dessa evolução, cresceu a expectativa por resultados positivos pós-tratamento e, também, a responsabilidade no ato de cuidar do paciente. Exige-se do profissional uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, autônoma, responsável e balizada em princípios éticos. A Fisioterapia juntamente com a Bioética oferece subsídios para decisões referentes à saúde, vida, morte, solidariedade, dignidade, qualidade de vida e defende a humanização do atendimento na saúde, sendo questões que são trabalhadas no dia a dia da profissão (ALVES et al., 2008).

Os Cursos de Fisioterapia devem modificar sua organização atual e incluir em seu conteúdo programático a disciplina Bioética, para cumprir a função primária que fundamenta sua existência: preparar indivíduos técnico-humanistas, para o exercício da profissão de Fisioterapia, ou estarão condenados ao jaez de incompetentes. O preparo da Fisioterapia implica em exercício de capacidade de avaliação sócio-moral para situações de ordem ética condizentes ao seu dia-a-dia. Nesse sentido seu aprendizado formal deve dirigir-se a uma

investigação interdisciplinar, com respaldo numa educação moral é ética (ALVES et al., 2008).

Vale pontuar que mesmo com tantas mudanças e avanços a introdução da Bioética nas matrizes curriculares ainda se mostra lenta, pois o ensino dessa disciplina é uma tarefa que exige mobilidade e criatividade, e exige a modificação dos moldes tradicionais adotados na maioria das universidades. Além disso, a organização da ementa da disciplina implica um cuidado especial, o que não pode ser apenas uma nova nomenclatura para antigas disciplinas encarregadas dos aspectos disciplinares e legais das práticas profissionais. O processo ensino-aprendizagem a partir da Bioética, precisa estar pautado na orientação para a tomada de decisões que vão de encontro aos conflitos, preocupando-se com a formação de profissionais éticos (ANJOS, 2007).

4.3 Princípio da Autonomia, Beneficência e Justiça

A Bioética possui três princípios centrais, a autonomia, beneficência e a justiça. A autonomia é o que se refere ao conhecimento adquirido pelo ser humano e sua condição de avaliar qual a melhor ação a ser tomada sobre si e sua saúde, nesse sentido Bellino(1997)leciona que o princípio da autonomia estabelece o respeito pela liberdade do outro e das decisões do paciente e legitima a obrigatoriedade do consentimento livre e informado, para evitar que o enfermo se torne um objeto.

Quanto ao princípio da beneficência é relativo aos resultados obtidos para com a saúde, onde deverá buscar não causar danos e aumentar os benefícios diminuindo os possíveis riscos. Esse é um dos pontos mais importantes no estudo da bioética, pois a vida humana não pode ficar submetida a experimentos que não apresentem um índice de certeza elevado, caso contrário estará desrespeitando e ferindo a dignidade humana.

O princípio da justiça, que garante que todo e qualquer ato realizado sob a vida humana deve oferecer igualdade a possibilidade de tratamento, como orienta Clotet; Feijó; Oliveira, (2008), citando que o princípio da Justiça está associado à equidade da distribuição dos bens e benefícios em relação ao exercício da medicina ou área da saúde. É um princípio de caráter social.

É preciso citar ainda a teoria dos referenciais, que engloba os clássicos princípios da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça não como “princípios”, nem como direitos ou deveres, mas como pontos de referência. Ao lado desses, incluímos vários outros, em aberto; dentre eles destacam-se: vulnerabilidade, solidariedade, prudência,

altruísmo, alteridade, responsabilidade, confidencialidade, privacidade, dignidade, integridade e equidade (HOSSNE, 2006).

Sob o ponto de vista de Rousseau, o ser humano em estado natural é bom e a sociedade o altera, quer sob o ponto de vista de Hobbes, o “homem é lobo do homem”, o fato é que se chega a uma via final comum: o ser humano, por ser vulnerável precisa se defender, indo para além daquela reação instintiva, própria de todos os animais.

A possibilidade de vulnerabilidade de um ser humano frente ao outro é que leva, talvez, ao estabelecimento de balizamentos éticos, como a não maleficência, justiça etc. Isto é, a ética se impõe, entre outras razões, porque existe vulnerabilidade.

No campo da Bioética, maior atenção vem sendo dada à questão da vulnerabilidade frente à crescente possibilidade do ser humano e demais seres vivos, passarem do estado de ser vulnerável para o de estar vulnerável e até mesmo de ter sido vulnerado. Contudo, considerando que a vulnerabilidade está sempre presente e acompanha o ser humano, não há como deixar de reconhecer que ela deve ser levada em conta não apenas nessa área, mas em todo o âmbito de atuação da bioética. Em outras palavras, vulnerabilidade deve ser necessariamente um referencial em toda e qualquer avaliação bioética, seja no campo das ciências da saúde (não apenas na área da pesquisa), das ciências da vida e do meio ambiente (HOSSNE, 2008).

4.4 Bioética e Direitos Humanos

A noção de Direitos Humanos (DH) deve ser considerada ganho inequívoco para toda a humanidade, pois foi o que permitiu o surgimento da necessidade de garantir a todas as pessoas a mesma dignidade inerente. Pensar em termos de igualdade, desigualdade e diferença – para todos os seres humanos – é uma conquista do século XX, que advém da consolidação dessa noção.

Ao definir que todos os seres humanos são portadores de direitos e que estes são inalienáveis, a noção de direitos humanos abriu a possibilidade de que se pudesse aplicar à dimensão coletiva conceitos – como igualdade/desigualdade – desenhados para estimular maior divisão de poder entre os integrantes da coletividade, especialmente dentre aqueles que questionam a autoridade tradicional. São conceitos que carregam em si a ideia de uma maior simetria que se revelam fundamentais para equacionar as práticas sociais e as moralidades que tradicionalmente condicionam a divisão do poder entre populações, segmentos e grupos.

Esse marco universal permitiu que todos os que não desfrutavam dos mesmos direitos tradicionalmente garantidos ao “Homem” (ao qual se referiam originalmente os DH, conforme o primeiro título da Declaração de 1948) pudessem perceber que algo estava errado, já que os direitos humanos e a dignidade a eles inerente deveriam se estender a todos os seres humanos, sem exceção, não podendo restringir-se a pessoas do sexo masculino, adultas, brancas, de classe média ou mais alta, que preferencialmente vivessem nas sociedades ocidentais e partilhassem valores e cultura desses contextos (PORTO; GARRAFA, 2011).

É provável, inclusive, que a tomada de consciência quanto a esta concepção horizontal tenha sido o que possibilitou que em todo o mundo mulheres, jovens, populações negras, bem como as populações tradicionais (como são chamadas as minorias étnicas e culturais no contexto dos DH), começassem a pensar sobre as desigualdades históricas que as vitimavam e, posteriormente, sobre as diferenças em sua visão de mundo que julgavam necessário preservar para manter sua identidade.

A noção de DH cresceu ao longo do século XX nas sociedades ocidentais, ampliando-se do direito à vida do indivíduo ao direito à qualidade de vida das populações, incorporando nesse último parâmetro a discussão cultural que, a partir de meados da década de 60, passou a ser considerada, elemento essencial a essa qualidade, especialmente para grupos ou segmentos com características socioculturais distintas (QUIJANO, 2000).

Embasados em noções ainda não totalmente delineadas do que fossem tais direitos, os movimentos sociais que emergiram ou se fortaleceram a partir da segunda metade do século XX questionaram a autoridade das pessoas mais velhas, o poder de decisão do pater familias, o poder regulador dos homens sobre as mulheres, a primazia das pessoas brancas sobre as negras, bem como sobre as de diferentes grupos étnicos.

Em todos esses questionamentos os argumentos voltavam-se à divisão mais equânime do poder entre indivíduos, segmentos e grupos, tal como proposto pelos DH. Sublinhe-se que, ao menos a princípio, esses movimentos (cujas propostas mudaram os padrões de sociabilidade no século XX) não teciam suas bandeiras utilizando formalmente os instrumentos de direitos humanos como fio condutor, embora essas noções fossem subjacentes às reivindicações por maior igualdade e assimetria nas relações sociais.

5 MONOPÓLIO E ATO MÉDICO

A prática da Acupuntura, no Brasil teve seu início com a vinda dos primeiros imigrantes chineses para o Rio de Janeiro, em meados de 1810. Por volta do ano de 1908, os imigrantes japoneses inseriram a acupuntura japonesa, o que era uma prática restrita à colônia. Em 1958, Friedrich Spaeth começou a ensinar esta prática milenar no Rio de Janeiro e em São Paulo, sendo que, em 1972, promoveu a fundação da Associação Brasileira de Acupuntura (ABA) (PAI, 2005).

A partir daí começaram a aparecer movimentos organizados da sociedade civil, através de Associações Comunitárias, e posteriormente, em Organizações não Governamentais (ONG's), o que resultou numa demanda social da clientela para serviços públicos de saúde, pressionando as instituições médicas no sentido de uma nova visão e abertura para as medicinas ditas alternativas, o que ocorreu na década de 1980 (LUZ, 2005).

A Acupuntura tem como origem um conjunto de conhecimentos teórico-empíricos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), é considerada ainda uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isoladamente ou em conjunto com outros recursos terapêuticos (BRASIL, 2006; WEN, 1995).

A MTC possui em sua constituição um vasto campo de saberes e práticas, e mesmo que pareça para um leigo possuir um alto grau de homogeneidade, através de um olhar minucioso é possível enxergar sua heterogeneidade. Diante dessa diversidade é possível apontar uma positividade que enriquece todo o campo da saúde, mas por outro lado, é uma fonte de tensões e conflitos, diante de algumas fronteiras internas (SOUZA; LUZ, 2011).

A OMS vem incentivando o uso da Acupuntura e de outras práticas alternativas pelos países membros, e como iniciativa criou-se um documento intitulado “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional (MT) 2002-2005”, com o principal objetivo de promover o desenvolvimento de políticas para a implantação de MTC e assim, estabelecer requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso (KUREBAYASHI et al, 2009).

A Acupuntura tem sua origem em conhecimentos teórico-empíricos MTC, sendo considerada uma importante tecnologia de intervenção em saúde, abordando o processo saúde-doença de forma dinâmica e integral, sendo utilizada de forma isolada ou em conjunto com outras práticas terapêuticas (BRASIL, 2006).

Vale salientar ainda que a MTC se constitui de um vasto campo de saberes e práticas, da qual se utiliza de um olhar minucioso e cuidadoso em relação ao ser humano, apontando inúmeros aspectos positivos, como a diversidade de sua prática que enriquece todo o campo da saúde, e por outro lado, vem sendo fonte de várias tensões e conflitos que definem algumas fronteiras, impedindo seu real desenvolvimento (SOUZA; LUZ, 2011).

É necessário relatar ainda que as medicinas alternativas e complementares, podem ser definidas como um grupo de diversos sistemas médicos e de cuidados direcionados à saúde, e de práticas que não fazem parte da biomedicina, e a literatura a citam como práticas terapêuticas, entretanto, sendo que, no Brasil, é denominada de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) (OMS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No entanto, há tempos existe um processo de institucionalização e monopólio que vem se inscrevendo com muitas adversidades na última década no Brasil, aonde o seu percurso vem encontrando obstáculos constantes interpostos pela medicina socialmente hegemônica, e nesse cenário, o saber médico científico funciona como elemento de censura (LUZ, 2005).

Na contramão desse monopólio, em meados da década de 1980, os Conselhos de Classe iniciaram a busca pelo reconhecimento da Acupuntura através da criação de uma série de resoluções, com destaque para:

- a) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Resolução COFFITO-60, 1985);
- b) Conselho Federal de Biomedicina (Resolução nº 02, 1986);
- c) Federação Nacional de Profissionais de Acupuntura, Moxabustão, Do-In e Quiroprática (registro no Ministério do Trabalho nº 24000.000345, 1991);
- d) Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM 1455/95, 1995);
- e) Conselho Federal de Enfermagem (Parecer CTA nº 004, 1995);
- f) Conselho Federal de Farmácia (Resolução CFF nº 353/00, 2000);
- g) Conselho Federal de Fonoaudiologia (Resolução CFFa nº 272, 2001);
- h) Conselho Federal de Psicologia (CFP 005, 2002) (JACQUES, 2005).

De acordo com o mesmo autor, existe um grande número de profissionais acupunturistas no Brasil, mas em contrapartida, existe também uma forte disputa política e jurídica pelo direito de exercer a prática da Acupuntura. Este embate tem como principal ator, os médicos, que reivindicam a exclusividade na prática da Acupuntura, em barreira para outros profissionais da área da saúde e técnicos em Acupuntura (ROCHA, 2013).

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) se difundiram a partir da aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, onde se inclui a medicina tradicional chinesa, sobretudo, a acupuntura. A PIC possui uma relação direta com a Política Nacional de Promoção da Saúde, onde se considera que a promoção da saúde pode ser entendida como um campo de propostas, ideias e práticas, o que vem crescendo de forma significativa na saúde pública, ampliando o processo saúde-doença e de seus determinantes, na busca por uma proposta para articular saberes populares e técnicos, além da mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados (BRASIL, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A inserção das PIC's no SUS se configura como um importante marco, pois possibilita a ampliação de acesso e qualificação dos serviços, buscando a integralidade da atenção à saúde da população. Assim, pode-se dizer que o objetivo está em fortalecer a Atenção Primária e práticas de promoção da saúde através das PIC's (SANTOS; TESSER, 2012).

Nesse cenário está a Acupuntura, que vem estendendo gradativamente como terapia complementar em várias áreas da saúde, no entanto, ainda encontra desafios para que seja introduzida como prática alternativa de assistência nos serviços públicos de saúde (FIROOZMAND ROBLES, 2011).

Ao considerar o contexto do SUS e da PIC, esse encontro abre espaço para um cenário de importantes transformações políticas, econômicas e sociais, pois o crescimento e o reconhecimento da Acupuntura como uma prática eficaz, bem como sua inserção no SUS, trazendo uma série de discussões, envolvendo ainda, uma oposição entre as classes envolvidas com a prática da Acupuntura, numa disputa entre a classe médica e as demais classes, observando como característica um aumento de tensões conflitos legais (ROCHA et al, 2015).

Todo o planejamento em saúde é fundamental para o desenvolvimento das ações no SUS, e assim, os instrumentos de gestão se mostram essenciais. No entanto, a incorporação da PIC no SUS só pode ocorrer através de um fortalecimento e ampliação da oferta da Acupuntura e demais PIC's, onde se constitui um *locus* privilegiado de desenvolvimento da expansão dessas práticas e integralidade nas diversas áreas da saúde (TESSER; LUZ, 2011).

Dessa forma, a inserção da Acupuntura no SUS vem tomando distintos instrumentos de gestão, sendo preciso produzir subsídios para fazer apontamentos e propor estratégias frente às demandas existentes, onde reside a necessidade dos municípios assumirem os diferentes instrumentos de gestão e um compromisso político com a institucionalização das PIC's no SUS. São processos que buscam fortalecer a Acupuntura e demais PIC no SUS, e ainda, reafirmando a importância das diversas políticas de saúde e, assim, consolidar o SUS (SOUSA et al, 2017).

Essa inserção da Acupuntura no SUS está ligada ao campo da Saúde Coletiva, que afirma que: "em estudos sobre o acesso a serviços e cuidados, a qualidade da assistência e das práticas dos profissionais, e ainda sobre os direitos à saúde e deveres do Estado em suas políticas públicas". Em contrapartida, ainda se encontram inúmeros obstáculos culturais, políticos e ideológicos que ainda se mostram de grande complexidade, onde se observa a dificuldade de atingir as práticas profissionais. Na contramão, o Ato Médico, é uma proposta que se mostra incompatível com os inúmeros programas desenvolvidos no SUS, o que pode impedir a continuidade dos mesmos, que só podem acontecer através de um trabalho multiprofissional (ROCHA et al, 2015).

Vale salientar que durante a tentativa de estabelecimento da Acupuntura no Brasil, a mesma foi marcada principalmente pelo repúdio da classe médica, como consequência disso, a introdução e o desenvolvimento inicial desta prática milenar foram realizados por

profissionais de outras áreas, e diante disso, a Acupuntura passou por um período marcado pela marginalização antes de sua efetiva aceitação pela classe médica (ROCHA et al, 2015).

Mas esse ponto de vista da Medicina passou por uma mudança, onde o CFM aprova o processo-consulta nº 0159-88, onde reconhece a Acupuntura como “técnica própria e especializada”, a partir dos seguintes termos:

[...] A acupuntura é um método terapêutico, originário do Oriente, que utiliza técnicas próprias de aplicações de instrumentos punctiformes em pontos ou regiões do corpo, hoje, indiscutivelmente, muito difundido em nosso meio. Por se tratar de uma técnica própria e especializada, além da necessidade de se promover o seu aprendizado correto e o seu aprimoramento, torna-se imprescindível o estudo dos seus fundamentos científicos. Assim sendo, por se tratar de técnica a ser ensinada e ser aprimorada no seu adestramento e, por haver necessidade de se ter conhecimento científico que embasem o método, somos levados a entender que estamos diante de um problema educativo de formação profissional. Procuramos, então, avaliar o seu nível de responsabilidade na aplicação e no emprego da habilitação pretendida, que corresponda não só às aspirações, como também, a segurança da sociedade, como clientela ativa e passiva da acupuntura. [...] (CFM, 2016, p. 1)

É nítido o crescimento e o reconhecimento da Acupuntura como uma prática eficaz, debates sobre tudo que envolve esse assunto, principalmente sobre o conhecimento científico e a formação profissional para exercê-la de forma responsável e correta, o que pode ser realizado não somente pela Medicina. É uma prática que já foi inserida no SUS, através da Portaria 971, trazendo inúmeras discussões, em especial, voltadas para a oposição entre as classes envolvidas com a prática da Acupuntura, de um lado a Medicina e do outro os demais profissionais, resultando em tensões e conflitos legais (ROCHA, 2015).

Existem diversas ações jurídicas, mas em 2012, retomou-se a discussão da regulamentação da Acupuntura, quando o Tribunal Regional Federal da 1ª Região decidiu, no dia 27 de março de 2012, que a Acupuntura poderia ser exercida somente por médicos (CFM, 2012)

Na mesma ação, o CFM questiona a legitimidade das resoluções de especialidade em Acupuntura dos conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia e Farmácia (ARAÚJO, 2012).

Toda essa controvérsia vem sendo discutida desde 2001, quando o CFM pediu à Justiça a anulação de resoluções que autorizavam enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos e fisioterapeutas a praticar a Acupuntura. Nesse ínterim, o CFM defende que a Acupuntura é usada para tratar dores que precisam ser diagnosticadas, atividade essa que é exclusiva dos médicos. Entretanto, os Conselhos Federais de Farmácia e Fisioterapia

recorreram sobre a decisão judicial que garante aos médicos a exclusividade de exercer a Acupuntura (BRASIL, 2012).

Em contrapartida, Tesser; Luz (2008) cita que o Sistema Único de Saúde através da Portaria 971 vem buscando a valorização e reconhecimento das medicinas alternativas e complementares, sendo um local privilegiado para o desenvolvimento de outras racionalidades médicas e do trabalho interdisciplinar.

O monopólio da Medicina envolve outro assunto muito debatido, o Ato Médico, que é considerado pela grande maioria, um ato inconstitucional e um retrocesso em relação às diretrizes e os princípios que são estabelecidos na Constituição de 1988 para o Sistema Único de Saúde, onde há um comprometimento em relação ao modelo de atenção à saúde que vem sendo preconizado pelo SUS, que tem como base o atendimento universal, igualitário e integral, realizado por equipes multiprofissionais, onde cada um exerce seu papel e suas funções (ROCHA, 2015).

É válido citar ainda que a grande maioria dos temas concernentes às necessidades de saúde faz parte da Saúde Coletiva, onde todos têm acesso e direito a serviços e cuidados, assim como a qualidade da assistência e das práticas dos profissionais, ou seja, de todas as áreas dentro das políticas públicas (SCHRAIBER, 2012).

Diante disso, é nítido que o Ato Médico provoca obstáculos culturais, políticos e ideológicos de grande complexidade, onde os outros profissionais têm dificuldade de atingir as práticas profissionais concernentes a sua área (CAMPOS, 2011).

Assim, as demais categorias profissionais da saúde se têm posicionado contrárias ao projeto de lei que define o Ato Médico, refutando-o veemente. Para muitos desses profissionais, o projeto de lei é considerado um grande retrocesso no campo da saúde, pois a maior intenção é centralizar na mão dos médicos todas as atividades relativas ao diagnóstico de enfermidades e tratamentos, prejudicando os avanços na relação interdisciplinar de profissionais de várias áreas que podem atuar de forma conjunta e coletiva na busca por tratamentos, prevenções e principalmente na promoção da saúde (REDEPSI, 2003).

Outro aspecto que é preciso considerar, diz respeito ao atual debate sobre a regulamentação do Ato Médico que permite construir um desenho do sistema de forças das atuais relações profissionais, onde se desvenda as disputas entre as distintas identidades profissionais, além de uma busca pela afirmação como profissão, fomentando as contradições e os conflitos de interesses em diversos âmbitos (GUMARÃES; REGO, 2005).

Os mesmos autores citam ainda que esse debate traz à tona também, uma competição pelo monopólio econômico sobre a prática profissional e competências, assim como o poder

de autorregulamentação, autonomia técnica; além de exercer um controle sobre o trabalho dos outros, podendo ainda causar diversos constrangimentos à prática profissional, que acabam se ampliando ainda mais. Por outro lado, está presente o aspecto jurídico e as disputas entre as corporações que se vinculam, construindo o processo histórico das profissões.

Ainda existe o risco de uma desestabilização da profissão, o que pode causar uma crise, o que em contrapartida, provoca também um diálogo entre as diversas categorias, conduzindo-os à revisão de seus sistemas de referência, abrindo espaço para novos questionamentos sobre argumentos, considerando os posicionamentos anteriores (GUMARÃES; REGO, 2005).

Todo esse reconhecimento da crise é fundamental para a condução do processo de socialização profissional, e ainda, traz a possibilidade de provocar mudanças, começando pela necessidade de uma conscientização em relação às identidades dos atores que se envolvem nesse debate e também sobre a responsabilidade dos mesmos nesse processo, chamando atenção para o agir profissional e o compromisso social (GUMARÃES; REGO, 2005).

Diante dessa perspectiva, é importante frisar que a oferta das PIC's no SUS necessita ser estimulada e colocada em prática a fim de ampliar a integralidade da atenção e o acesso de todos, mesmo que seja um desafio incorporá-las aos serviços já existentes, principalmente quando o número de recursos humanos capacitados é escasso e insuficiente (ROCHA et al, 2015).

Partindo das muitas narrativas realizadas até aqui, é possível perceber os desdobramentos referentes ao Ato Médico, e a necessidade urgente da regulamentação da Acupuntura, como forma de possibilitar e oferecer à população um serviço de qualidade com profissionais habilitados para a prática. Por isso, o que se busca pelas demais áreas da saúde não é uma abertura total e sem precedentes de sua prática, mas uma regulamentação que possa atender às necessidades da população, e ainda, a proteção dos profissionais acupunturistas que dominam o saber e o fazer (ROCHA et al, 2015).

6OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Trazer à baila um tema subestimado na área dos serviços de saúde, qual seja, Medicina Tradicional Chinesa (MTC), bem como questões ligadas a Bioética e ao monopólio da técnica que é exercida pela Medicina.

6.2 Objetivos Específicos

- a) Ratificar histórica e cientificamente que a MTC é utilizada para manter a saúde, prevenir e tratar doenças;
- b) Mostrar que a Fisioterapia enquanto ciência e profissão têm conhecimento e práticas que se alinham a MTC;
- c) Relatar sobre a o monopólio da Medicina em relação à Acupuntura, com ênfase no Ato Médico, como forma de inibir outros profissionais em sua atuação dessa prática;
- d) Sensibilizar a atenção primária a voltar seus olhares para as estratégias da OMS sobre a MTC.

7METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa descritiva da evolução de temas que se entrecruzam em seus aspectos conceituais ou na aplicabilidade prática tendo em vista sua ação na manutenção da saúde da população, mas que se esbarra em problemas de ordem moral, estabelecendo-se assim, embates interdisciplinares e Bioéticos. Lançou-se mão de levantamentos bibliográficos em importantes Periódicos Científicos e livros, caracterizando-se assim, como uma pesquisa qualitativa.

A pesquisa bibliográfica busca informações sobre o tema escolhido, realizada através da leitura de artigos, livros e material eletrônico, a fim de elucidar a discussão aqui proposta.

De acordo com Gil (2007, p. 17):

A pesquisa é definida como o (...) procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

A pesquisa qualitativa envolve ainda uma observação intensiva e de longo tempo num ambiente, fazendo assim um registro preciso e detalhado, do que acontece no ambiente, a interpretação e análise de dados utilizando descrições e narrativas. É uma pesquisa que pode ser feita de forma etnográfica, naturalista, interpretativa, fenomenológica, pesquisa-participante ou pesquisa/ação (GIL, 2007).

A pesquisa transversal envolve questões de incidência e prevalência, e ainda, indica uma dinâmica, pois oscila ao decorrer do tempo e em diferentes espaços. (BORDALO, 2006).

Tudo isso ocorre na forma de pesquisa descritiva, onde se descreve as características de determinadas populações ou fenômenos, com peculiaridades, que podem fazer uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário ou a observação sistemática (GIL, 2007).

Esse estudo pode ser apontado também como analítico, envolvendo o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno, podendo ser categorizadas em histórica, filosófica, revisão e meta-análise. Para isso, o investigador precisa estar informado sobre a literatura considerada bem como dominar os tópicos e procedimentos de pesquisa. Vale pontuar que é uma pesquisa que envolve análise, avaliação e integração da literatura publicada, e também frequentemente conduz para conclusões importantes a respeito dos resultados de pesquisas e estudos realizados até o momento (GIL, 2007).

8CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Luhmann (1997) vê-se uma reflexão pautada nas ideias de Luhmann, de que a constituição traz em si a forma de um paradoxo, pelo qual a Constituição Federal reconstrua de modo contingente na relação entre duas condições e afirma que o princípio da constituição muda conforme se transita entre os diversos contextos comunicativos possíveis entre Direito e Política. Tal dilema, visto na problematização da Constituição de saberes e fazeres em saúde em tempos bioéticos, ter-se-ia exatamente o cenário apontado nesta dissertação que explicitou a batalha entre grupos profissionais com mais poderes financeiros e políticos ditando os

rumos da saúde que a população deve tomar e o cenário não se mostra favorável para o cumprimento dos direitos à dignidade humana, à saúde, em seu sentido mais profundo. Assim, a cada lei ou resolução favorável a medicina distancia outras profissões de estarem exercendo suas atividades em benefício mais pleno à população usuária dos serviços de saúde. Estas decisões jurídicas mostram um sintoma de uma sociedade que não se pauta pelos princípios bioéticos da intervenção ou da vulnerabilidade, pois na medida em que o contexto comunicativo, aqui representando a classe médica, dita o rumo da saúde ou da doença, implica na constituição ou manutenção da constituição histórica não favorável ao bem coletivo.

Ainda como reflexão do pensamento de Luhmann, o momento em que vivemos neste mundo globalizado, não se justifica ter uma força centralizando e ditando os rumos e direção da nossa sociedade. Entende-se então a urgência, de conversações, pesquisas, treinamentos, discussões multi e interdisciplinar que apontem possíveis resoluções para problemas atuais com saúde e educação, mesmo que seja com conhecimentos milenares e universais como a Medicina tradicional Chinesa – MTC de custo acessível e comprovações empíricas e científicas e com apoio da OMS. Com base no exposto, o Brasil se revela num movimento contraditório ao sensato e razoável, para não ser repetitivo, mas o sendo, com posturas não bioética, ou fortalecendo a bioética principialista de países colonizadores. O que não se adequa à nossa realidade política e econômica.

A questão do tratamento com Acupuntura é fonte de muita polêmica no Brasil. Entretanto, segundo se infere dos textos lidos o que se interpreta é que um dos principais desafios para melhorar o atendimento de saúde no país é combater o corporativismo profissional que ainda é muito presente em diversos segmentos do setor de saúde.

Diante de tantas narrativas é possível perceber que a partir da aceitação cada vez mais ampla e a abertura legal da prática da Acupuntura por profissionais de saúde, com formação de nível superior, sendo que a classe média vem mantendo seu monopólio em relação a essa prática, tentando fazer com que a mesma seja elencada como uma especialidade médica. E como decorrência desta situação, os representantes das demais categorias passaram a contestar legalmente e por meio de solicitação coletiva o direito de exercer a prática, desencadeando a ampliação desta polêmica.

Outra questão muito discutida está ligada ao exercício da Acupuntura por pessoas que não apresentam formação na área da saúde ou mesmo formação universitária, sendo importante frisar que estão presentes nesses grupos, responsáveis pela sua inserção da técnica no país, lembrando que a introdução da Acupuntura no Brasil, assim como em outros países,

esteve intimamente relacionada ao processo de migração de profissionais do Oriente, que sempre tiveram domínio total desta prática.

Diante disso, é inconcebível pensar uma regulamentação que não incorpore esses profissionais orientais formados, por exemplo, na China, considerado o berço da Acupuntura, que se mostram os mais qualificados. Isso tudo remete a importância de se buscar uma regulamentação jurídica, assim como a sistematização do ensino desta prática.

A medicina chinesa mais que uma alternativa medicamentosa ou de tratamento é uma realidade e uma tendência adotada em muitos países. Fechar os olhos para essa realidade é dar um passo para trás enquanto outros países têm adotado uma postura mais aberta e dessa forma melhorando as condições de vida e de saúde oferecendo atendimento de qualidade e opções variadas de tratamento segundo as necessidades da população.

Com isso, a institucionalização do tratamento por meio da medicina oriental constitui uma opção para aqueles que carecem de tratamento e o querem de forma mais eficiente e menos invasivo. Muitos países têm adotado essa tendência, elaborando documentos legais específicos voltados para a questão objetivando principalmente não instaurar uma concorrência com a medicina nos moldes convencionais, mas sim, como um complemento ao atendimento de saúde oferecido à população em geral.

O ordenamento jurídico pátrio se mostra reticente em se abrir para a concepção que não a dos tratamentos convencionais e as terapias impostas por setores mais conservadores da medicina.

Em tempo, apesar de muito falar-se em tratamentos cada vez menos invasivos para os pacientes o que se verifica na realidade é justamente o contrário por conta da necessidade e da cobrança até mesmo em termos de credibilidade em relação ao emprego de tecnologia no tratamento de saúde.

Com base nos estudos de Carvalho e Simioni (2016) sobre a hermêutica política de Ronald Dworkin, porém, com vistas à questão moral bioética discutida nesta dissertação, qual seja, integração da Medicina tradicional Chinesa – MTC nos serviços de saúde brasileiro, propõe-se um enquadre na mesma proposta de Dworkin sobre o prisma da moralidade particular e moralidade Política, que em nosso caso, consideraremos moralidade coletiva. Assim, a princípio, com uma visão “*strictu*” pode parecer que há uma vontade em demarcar território profissional, pelo prisma de uma Fisioterapeuta que elabora este estudo, e poderíamos pensar que esta moralidade espera que profissionais da medicina tenham uma conduta coerente com a sua, no sentido de aceitar e entender que a MTC com seus conhecimentos e fazeres não é de propriedade de nenhuma instituição e que todos

profissionais , desde que com formação teórica e prática, tenham o mesmo direito a utilizar destes métodos de cuidar da saúde das pessoas. No entanto, com uma visão “*latus*” ou moral coletiva, espera-se que as profissões, o mundo jurídico e as pessoas que necessitam de atendimento de prevenção ou manutenção de sua saúde, desejariam que o Estado juntamente com as Instâncias da OMS ampliem ou resolvam a situação deficitária do direito à saúde que aos cidadãos tanto necessitam e não são atendidos com o mínimo de dignidade que lhes é por direito, dentro dos padrões fundamentais de justiça e equidade, sem que haja disputa de território de uma profissão reconhecidamente corporativa em detrimento de outras profissões e o mais grave, vulnerando a população.

Parafraseando Simioni (2014, p. 372), o sentimento de decepção descreveria muito bem a condição de imoralidade bioética, quando se espera de as leis ou um grupo profissional agissem com a mesma conduta moral da qual se espera, ou seja, o bem comum, ou como diria Dworkin, “virtude da integridade política (coletiva).

Se olharmos o mesmo problema citado acima, mas pelo princípio da Integridade ou Direito à integridade física e moral e direito à saúde, o poder Judiciário poderia se antecipar e determinar que a Administração Pública se esforce para a implantação das Estratégias da OMS quanto a MTC, antes que se estenda este malefício, enquanto princípio bioético, em que se encontra as profissões da área da saúde, para que se harmonizem, se adequem e ampliem os serviços à população brasileira com parâmetros de qualidade a que têm direito. Sabe-se que seria controverso e polêmico porque envolve o poder judiciário estar intervindo no poder administrativo, mas citando mais uma vez Dworkin, “uma decisão correta é aquela que leva em consideração as convenções do passado, mas também incorpore os princípios de moralidade política na sua justificação” Carvalho e Simioni (2016). Tudo isso se justifica no princípio da dignidade da pessoa humana e porque até o momento não houve uma resolutividade da problemática entre os envolvidos.

Como se vê no exposto, a problemática moral bioética em questão não se mostra simplista, não está isolada de condicionantes históricos milenares, olhares profissionais diversos, mesmo centrado em uma única ideia que no caso o bem estar e a dignidade humana, movimentos jurídicos, corporativos, organizacionais enquanto estado e sociedade privada e até mesmo órgãos internacionais e talvez por isso tal complexidade se impõe para encontrar uma solução moralmente inteligente e saudável para todos os envolvidos, no caso, nós humanos. Isso faz lembrar estudo de Simioni (2015), que diante da tarefa de tentar decifrar “a interpretação jurídica” a coloca como uma operação altamente complexa, duplamente contingente e inevitavelmente submetida ao risco de muitas autoilusões que envolve, pelo

menos três dimensões simultaneamente: uma dimensão psíquico-subjetiva, outra dimensão organizacional-institucional e outra sistêmico-social. Em nosso caso, em função do problema moral envolvido, temos uma dimensão temporal-histórico, uma dimensão conceitual de saúde-doença, dimensão social-lucrativo, dimensão opressão-vulnerabilidade, dimensão política nacional-internacional, dimensão ganância-poder, mas em síntese, o que se apresenta são seres humanos adoecidos nas esferas físicas, psíquicas, mentais e espirituais. Isto por si só justifica este campo como sendo o espaço dos pensamentos conceituais das várias bioéticas.

Enfim, partindo do pressuposto de que a Acupuntura, assim como qualquer outra prática da MTC, apresenta sua própria racionalidade e é considerado complementar, como proposto inicialmente pela Organização Mundial da Saúde, fica complicado pensar sua prática como exclusiva à classe médica, indo contra as narrativas e desdobramentos referentes ao Ato Médico. Como já foi frisado, a regulamentação da Acupuntura é de extrema necessidade, principalmente, para proteger o atendimento a população em geral, evitando que muitos profissionais inabilitados trabalhem na execução desta prática. Percebe-se assim, que o se propõe não é a exclusividade médica, e nem mesmo a abertura total de sua prática, mas sim uma regulamentação que atenda às necessidades da população e dos profissionais acupunturistas que dominam o saber e o fazer, e que seja feita para cada área em específico.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. D.; BIGONGIARI, A.; MOCHIZUKI, L.; HOSSNE, W. S.; ALMEIDA, M. D. E. O preparo bioético na graduação de Fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo; v.15, n.2, p.149-56. ABR/JUN. 2008.

ANJOS, M. F. Introdução. In: ANJOS, M. F.; SIQUEIRA, J. E. Bioética no Brasil: tendências e perspectivas. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética. **Idéias& Letras**, 2007. p. 13-28.

AQUINO, M. C. M. T.; SILVA, S. S. F.A acupuntura como atividade multiprofissional no Brasil. XIV INIC / X EPG – UNIVAP, 2010.

ARAÚJO, J. E. Abouttherightsofpracticingacupuncture in Brazil.**Rev. bras. fisioter.** 2012; 16(4):V-VI..

BADARÓ, A. F. V.; GUILHEM, D.. Bioética e pesquisa na Fisioterapia: aproximação e vínculos. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.15, n.4, p.402-7, out./dez. 2008.

BELLINO, F. **Fundamentos da Bioética**: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Tradução de Nelson Souza Canabarro. Bauru, (SP): EDUSC, 1997. p. 198.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.** v.20 n.4 Belém dez. 2006.

BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. **Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)** no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 3 Maio 2006.

BRASIL. Decreto-Lei 938. Provê sobre as profissões de Fisioterapia e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1969.

BRASIL. Resolução COFFITO nº 08. Aprova as normas para habilitação ao exercício da profissão de Fisioterapia e terapeuta ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1978.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.**

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 02.11.2017.

BRASIL. Resolução COFFITO nº 60. **Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta e dá outras providências.**

Disponível em: http://www.crefito1.org.br/files/resolucao_coffito_n_60.pdf Acesso em 01.11.2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Parecer CNE/CES no. 1210/2001: proposta de diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União** 10 dez. 2001; Seção 1:22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** Ministério da Saúde, Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portal Brasil. **Conselhos vão recorrer de decisão que garante apenas a médicos exercer acupuntura.** 2012.[documento da internet]. [acessado 2012 dez 20]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/03/30/conselhos-vao-recorrer-de-decisao-quegarante- apenas-a-medicos-exercer-acupuntura>. Acesso em 12 dez 2017.

CAMPOS, G. S. W. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **CienSaudeColet**, 2011; 16(7):3033-3040.

CARVALHO, J. B. S.; MOREIRA FILHO, R. E. Biodireito e Bioética: Percepções Entre Fisioterapias e Estudantes de Fisioterapia. **RerFisioter S Fun.**, Jan./Jun.; v.3, n.1, p.18-22. 2014.

CARVALHO, M. M. F.; SIMIONI, R. L. Decisão Jurídica e Integrativa do Direito na Hermenêutica Política de Ronald Dworkin. **Revista Construcciones a las Ciencias Sociales**, 2016.

CLOTET, J.; FEIJÓ, A. G. S.; OLIVEIRA, M. G. **Bioética**: uma visão panorâmica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 16.

CFM. **Conselho Federal De Medicina**. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/>>. Acesso em 08 Jan 2018.

CONFITTO - CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO – CREFITO, 2011. Disponível em: <http://crefito1.org.br/fisioterapia.html> Acesso em: 12 out 2017.

CRM - Conselho Federal de Medicina. *Publicado acórdão do TRF que restringe exercício da acupuntura somente a médicos*. Conselho Federal de Medicina. 2012. [documento da internet].

Disponível em:

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22788:publicado-acordao-do-trf-que-restringe-exercicio-da-acupuntura-somente-a-medicos&catid=3.

Acesso em 12 out 2017.

DALLEGRAVE, D.; BOFF, C.; KREUTZ, A. Acupuntura e APS: análise sobre necessidades de usuários. **Rerbrasmedfam comunidade**. Florianópolis: Out-Dez; v.6, n.21, p.249-56. 2011

DELIBERATO, P. C. P. Fisioterapia preventiva em saúde geral. In: Deliberato PCP. Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole; 2002; p. 3-10.

DIAS, R. C.; DIAS, J. M. D. Prática baseada em evidências: uma metodologia para a boa prática fisioterapêutica. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.19, n.1, p. 11-16, jan./mar., 2006.

DIAS, M. H. P. et al. Acupuntura em adolescentes com fibromialgia juvenil. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 30, n. 1, 2012.

DUFFIN, D.H. Acupuncture: results of nine months' use in the National Health Service. **Physiotherapy**, London, v. 68, n. 9, p.298-300, September, 1982.

DURAND, G. **Introdução geral à Bioética**: história, conceitos e instrumentos. 2. ed. São Paulo: Loyola; 2007.

FARBER, P. L. **A Medicina do Século XXI**. São Paulo: Editora Roca, 2013.

FIGUEIREDO, A. M. Perfil acadêmico dos professores de bioética nos cursos de pós-graduação no Brasil. **Rer Bras de Edu Médica**; v.35, n.2, p.163-70. 2011.

FIROOZMAND, L. T., ROBLES, C. C. **Práticas Integrativas e Complementares com ênfase em acupuntura no âmbito da atenção básica: SUS São José dos Campos 2011** 11p.

FOCKS, C. **Guia Prático de Acupuntura: Localização de Pontos e Técnicas de Punção**. São Paulo: Manole, 2012.

GARRAFA, V.; CORDÓN, J. ORGS. **Pesquisas em Bioética no Brasil de hoje**. São Paulo: Editora Global; 2006.

GARRAFA V, PORTO D. **Bioética de intervención**. In: Tealdi JC, director. Op. cit.; 2008. p. 161-4.

GAVA MV. Retrospecto da formação do Fisioterapia no Brasil. In: Gava MV. **Fisioterapia: historia, reflexões e perspectivas**. São Bernardo do Campo: Umesp; 2004. p.27-77.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDIM, J.R. **A evolução da definição de bioética na visão de Van Rensselaer Potter 1970 a 1998**, 2003.

GOLDIM, J. R. Bioética Complexa: Uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista da AMRIGS**; Porto Alegre: v.53, n.1, p.58-63. 2009.

GORETTI, H. P. Fiscalização do CREFITO-4 não mede esforços para combater irregularidades em Minas. **Revista do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região**, nº 3, Maio de 2016.

GUIMARÃES, R. G. M.; REGO. S. The debate about the regulation of the medical act in Brazil. **Ciência&SaúdeColetiva**. 10 (Sup):7-17, 2005.

GUITTIER, M. J.; KLEIN, T. J.; DONG, H.; ANDREOLI, N.; IRION, O.; BOULVAIN, M. Side-effects of moxibustion for cephalic version of breech presentation. **J Altern Complement Med**. 2008;14(10).
Disponível: <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2008.0134> Acesso em 10 set 2017.

HOSSNE, W. S. Bioética – princípios e referenciais. **Mundo Saúde**. 2006;30:673-6

HOSSNE, W. S. Dos referenciais da Bioética – a Prudência. **RerBioethikos**. 2008;2:185-96.

HOSSNE, WS. Dos referenciais da Bioética – a Vulnerabilidade. **RerBioethikos**. 2009;3:41-51.

KUREBAYASHI, L. F. S.; OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. Acupuntura na enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. **Acta paul. enferm**. 2009; 22(2):210-212.

KWANG, W. T. **Entenda um pouco do desenvolvimento da acupuntura no Brasil**, 2007,
Disponível em: http://www.acupunturaempresa.com.br/artigos_01.htm
Acesso em 22 jul 2017.

JACQUES, L. M. **As Bases Científicas da Medicina Tradicional Chinesa**. 1. ed. São Paulo: Annablume, 2005.

- LIN, C. A.; HSING, W. T.; PAI, H. J. Acupuntura: prática baseada em evidências. São Paulo: jul.-set. **Rev. Med**; v.87, n.3, p.162-5.2008.
- LOPES, L. F.; LOPES, M. C.; FIALHO, F. A. P.; GONÇALVES, A. L. Sistema de conhecimento para diagnóstico em acupuntura: uma modelagem usando o CommonKADS. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. x, n. x, p. 1-15, 2008.
- LORENZO, C. F. G.; BUENO, G. T. A.A interface entre bioética e fisioterapia nos artigos brasileiros indexados. **FisioterMov**. 2013 set/dez;26(4):página 763-75.
- LOVESEY, M.; TAYLOR, C.; ELLIS, N. et al. Integração da Acupuntura com a fisioterapia. In: HOPWOOD, V. et al. **Acupuntura e Técnicas Relacionadas à Fisioterapia**. São Paulo: Roca, 2001.
- LUHMANN, N. Limits of steering. **Theory, culture and society**, vol. 14. n.1,41-57, 1997.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XXI. **Physis – Saúde Coletiva**, v.15, supl., p.145-76. 2005.
- MACIOCIA, G. **Fundamentos da Medicina Chinesa**. 2. ed. São Paulo: Editora Roca, 2014.
- MAGALHÃES, F.G.S.; ROCHA, T.B. O papel da acupuntura no tratamento da fibromialgia: uma revisão. **INMES – Instituto Norte Mineiro de Estudos Sistêmicos / UNISAÚDE**, 2007.
- MANN F. **Reinventing acupuncture: a new concept of ancient medicine**. Oxford: Elsevier BH, 2012.
- MARQUES, A. P.; SANCHES, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos elegais. **Rev. Fisioter. Univ. São Paulo**, 1(1): 5-10, jul./dez., 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **PNPIC**. Brasília, DF: MS; 2009.
- MOTA, S. M. L. **O Fisioterapia sob a visão da bioética**. Rio de Janeiro: 2014.
- MOURA FILHO O. F. **O processo fisioterapêutico**. Fortaleza, Brasil; 1999. Disponível em: <http://www.secrel.com.br/usuarios/oseas/processo.html> Acesso em 10 mai 2017.
- NASIR, L. S. **Acupuncture. Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 29, n. 2, p. 393-405, 2002.
- NEVES, M. P. C.; OSSWALD, W. **Bioética simples**. Lisboa: Verbo; 2007.
- NORDON, D. G.; COHEN, R. A. **A acupuntura deve ser exclusividade médica?**. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 14, n. 4, p. 174 - 175, 2012.

NOHAMA, P; SILVÉRIO-LOPES, SM. Influenciada frequência estimulatória envolvida nos efeitos analgésicos induzidos por eletroacupuntura em cervicalgia tensional. **Revista Brasileira de Fisioterapia** vol.13 no.2 São Carlos , 2009.

NOVAES, L. S.; AKABANE, F. T. Tratamento da rinite alérgica com acupuntura. **Monografia**. Pós-Graduação da Universidade de Mogi das Cruzes – SP, 2012.

NUNES, L. A.; MEJIA, D. P. M. Tratamento de acupuntura para combater dores nos ombros. Pós-Graduação em Acupuntura-Faculdade Ávila, 2001.

Disponível em:

http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/13/48__Tratamento_de_acupuntura_para_combater_dores_nos_ombros.pdf

Acesso em 12 nov 2017.

NUNES, L. Usuários dos serviços de saúde e os seus direitos. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 201-219, 2006.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: **Organización Mundial de la Salud**; 2002.

PAI, H. J. A Acupuntura - uma escolha do futuro? **Ver Med (São Paulo)**. 2012;91 (ed. esp.): 1-4. Disponível em:

[http://www.revistademedicina.org.br/ant/91\(suplemento\)1/RevistaEspecialidadesMedicina2012.pdf](http://www.revistademedicina.org.br/ant/91(suplemento)1/RevistaEspecialidadesMedicina2012.pdf). Acesso em 18 jan 2018.

PALMEIRA, G. A acupuntura no Ocidente. **Cadernos de Saúde Pública**, v.6, n.2, p.117-128. 1990.

PEREIRA, V. C. Nascer e morrer: novas fronteiras éticas e jurídicas. **Revista do Centro Universitário de Barra Mansa - UBM**, Barra Mansa: v.9, n.17, p. 71-9. 2007.

PEREIRA, C. F. A acupuntura no SUS: Uma análise sobre o conhecimento e utilização em Tangará da Serra – MT. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.3,n.2,p.213-219,maio/ago.2010.

PEREIRA, J. L. Alterações dos níveis de depressão após estimulação por acupuntura. **Artigo**. Biomedicina da Universidade Católica de Brasília – DF, 2015.

PORTO, D.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Bioética**. 2005; 13(1):111-23.

POVAR GJ, BLUMEN H, DANIEL J, DAUB S, EVANS L, HOLM RP, et. al. Ethics in practice: managed care and changing health care environment. **Ann Intern Med.**; v.141, n.2, p.131-7. 2004.

QUIJANO, A. Coloniality of power, eurocentrism and Latin América. **Nepantla: Views from South** 1.3. 2000; 533-74.

REBELATTO JR, BOTOMÉ SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2a ed. São Paulo: Manole; 1999.

REDEPSI. **Luta pela derrubada do projeto de lei 25/ 2002, 2003.** *Tópico: Psicologia/ Profissão.*

Disponível em <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/news/printphp?storyid=453>>. Acesso em 21 dez 2017.

REZENDE, M.; MOREIRA, M. R.; FILHO, A. A.; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl.1): 1403-1410,2009.

ROCHA, S. P. **A Acupuntura no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo: História Oral e Memória.** Sabrina Pereira Rocha. Monografia. São Paulo, 2013.

ROCHA, S. P.; FERNANDEZ, F. H. B. GALLIAN, D. M. C. A acupuntura no sistema único de saúde no município de São Paulo: História oral e memória. **Ver brasmedfam comunidade.** Florianópolis, 2012 Jun; 7 Supl1: 21.

ROCHA, S. P.; BENEDETTO, M. A. C.; FERNANDEZ, F. H. B.; GALLIAN, D. M. C. A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas. **Ciênc. Saúde coletiva** vol.20 no.1 Rio de Janeiro jan. 2015.

ROSS, J. **Sistema de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa.** 2. ed. São Paulo: Roca, 2003.

ROSS, J. **Combinação dos Pontos de Acupuntura.** São Paulo: Editora Roca, 2013.

SAAD, M. What Medical Acupuncture. **Medical Acupuncture**,21(4), 2009.

SALAMANO, M. C. Bioética emancipadora em um enfoque tridimensional: técnica-saúde-justiça. 213 f. **Tese**, 2014.

SALGADO, R. C. F.; SILVA, S. R. Política educacional e bioética nos cursos de especialização em acupuntura. **IX ANPED SUL**, 2012.

SAMPAIO, R. F., MANCINI, M. C., GONÇALVES, G. G. P., BITTENCOURT, N. F. N., MIRANDA, A. D. E FONSECA, S. T. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (cif) na prática clínica do Fisioterapia. **Rev. Bras Fisioterapia**; v.9, n.3, p.113-118. 2005.

SANTOS, F. A. S.; GOUVEIA, G. C.; MARTELLI, P. J. L.; VASCONCELOS E. M. R. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 330-4, jul./ago. 2009.

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. **CiencSaude Colet.** 2012; 17(11):3011-24.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **CienciaSaudeColet**2012; 17(10):2635-2644.

SCHNEIDER, M.; VERNON, H.; KO, G.; LAWSON, G.; PERERA, J. Chiropractic Management of Fibromyalgia syndrome: A Systematic Review of the Literature. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, 25-40, 2009

SCHRAMM, F. R. A Bioética, seu desenvolvimento e importância para as Ciências da Vida e da Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(4): 609-615.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **CienSaudeColet** 2012; 17(10):2635-2644.

SILVA, J. B. G. Avaliação do tratamento por Acupuntura em ambulatório de hospital-escola: estudo de caso. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Prática de Saúde Pública - Universidade de São Paulo. São Paulo; 104 p, 2009.

SIMIONI, R. L. “**Curso de hermenêutica jurídica contemporânea: do positivismo clássico ao pós-positivismo jurídico**”. Editora Juruá, Curitiba, 2014.

SIMIONI, R. L. Interpretação Jurídica e Percepção Seletiva: A Dimensão organizacional da Produção de sentido no Direito. **Revista Brasileira do Direito**, 11(1): 135-147, jan.-jun. 2015.

SOUZA A. C.; FIALH, F. A. P.; OTANI N. **T.C.C: métodos e técnicas**; Edit. Visual Books; Santa Catarina: 2007.

SOUZA, R. C. **A regulamentação da acupuntura no direito comparado**. Consultor Legislativo da Área XVI Saúde Pública e Seguridade Social. Brasília – DF, 2009.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** 2011; 18(1):155-174.

SOUSA, L. A. et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** vol.22 no.1 Rio de Janeiro jan. 2017.

TAKIGUCHI, R. S. et al. Efeito da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos: estudo preliminar. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo , v. 15, n. 3, Sept. 2008.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **CienSaudeColet** 2008; 13(1):195–206. Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. **HistCiencSaude** 2011; 18(1):155–174.

WEN, T. S. **Acupuntura Clássica Chinesa**. Ed. Cultri, 1985

WITT, CM; JENA, S; BRINKHAUS, B; LIECKER, B; WEGSCHEIDER, K; WILLICH, SN. Acupuncture for patients with chronic neck pain. **Pain**. 125: 98-106, 2006.

WONG, M. (Org.). **Ling-shu: base da acupuntura tradicional chinesa**. São Paulo: Andrei. 2014.

YAMAMURA, Y. **Acupuntura tradicional: a arte de inserir**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2001

VECTORE, C. Psicologia e Acupuntura: Primeiras Aproximações. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.25, n.2, p.266-285. 2005.

VERCELINO, R.; CARVALHO, F. Evidências da acupuntura no tratamento da cefaléia. **Rev Dor**. São Paulo: out-dez; v.11, n.4, p.323-328. 2010

ZHUO, O. Chinese Traditional Medicine: Its Contribution to Physical Rehabilitation. **Arch Phys Med Rehabilitation**, People's Republic of China, v. 63, n. 10, p. 499-500, October, 1982. Commentary