

Acupunturiatria e medicina chinesa na estratégia saúde da família para a integralidade do cuidado*Acupuncture and chinese medicine in the family health strategy for comprehensive care**Acupunturiatría y medicina china en la estrategia salud de la familia para la integralidad del cuidado***Carlos Antônio de Arroxelas Silva¹**

ORCID: 0000-0001-6164-0800

Carmem Lúcia de Arroxelas Silva^{2*}

ORCID: 0000-0002-6074-9051

Raimunda Magalhães da Silva¹

ORCID: 0000-0001-5353-7520

¹Universidade de Fortaleza.
Ceará, Brasil.²Escola de Saúde Santa Casa.
Mato Grosso do Sul, Brasil.**Como citar este artigo:**

Silva CAA, Silva CLA, Silva RM.

Acupunturiatria e medicina chinesa
na estratégia saúde da família para a
integralidade do cuidado. Glob Acad
Nurs. 2026;7(4):e592.<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200592>***Autor correspondente:**carmemarroxelas@gmail.com**Submissão:** 29-07-2026**Aprovação:** 22-08-2026**Resumo**

Este estudo analisa a experiência de integração entre a Acupunturiatria e a Medicina Chinesa na prática clínica de uma equipe da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza, Ceará, Brasil. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, fundamentado na análise de conteúdo e realizado com 30 pacientes atendidos em uma unidade de atenção primária à saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o Parecer nº 8.081.951. A coleta de dados ocorreu por meio de observação participante e registros em diário de campo, no período de setembro de 2025 a junho de 2026. A experiência evidenciou a aplicação sistematizada do diagnóstico de dupla racionalidade, orientando a seleção terapêutica dos pontos de acupuntura no manejo de condições dolorosas crônicas, síndromes miofasciais e distúrbios funcionais. Os usuários demonstraram aceitação da abordagem integrada. Conclui-se que essa integração pode ampliar e fortalecer a integralidade do cuidado, apresentando potencial para favorecer estratégias de uso racional dos recursos em saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Acupuntura; Medicina Tradicional Chinesa; Terapias Complementares.

Abstract

This study analyzes the experience of integrating Medical Acupuncture and Chinese Medicine into the clinical practice of a Family Health Strategy team in Fortaleza, Ceará, Brazil. This qualitative study was based on content analysis and involved 30 patients treated at a primary healthcare unit. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará under Approval No. 8.081.951. Data were collected through participant observation and field diary records from September 2025 to June 2026. The experience demonstrated the systematic application of dual-rationality diagnosis, which guided the therapeutic selection of acupuncture points for the management of chronic painful conditions, myofascial syndromes, and functional disorders. Healthcare users showed acceptance of the integrated approach. It is concluded that this integration may expand and strengthen comprehensive care and has the potential to promote strategies for the rational use of healthcare resources.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Acupuncture; Traditional Chinese Medicine; Complementary Therapies.

Resumen

Este estudio analiza la experiencia de integración entre la Acupunturiatría y la Medicina China en la práctica clínica de un equipo de la Estrategia de Salud de la Familia en Fortaleza, Ceará, Brasil. Se trata de un abordaje cualitativo, fundamentado en el análisis de contenido, con 30 pacientes atendidos en una unidad primaria de salud. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Ceará, mediante el Dictamen n.º 8.081.951. Para la recolección de datos se utilizó observación participante y registros en el diario de campo en el período de septiembre de 2025 a junio de 2026. La experiencia evidenció la aplicación sistematizada del diagnóstico de doble racionalidad, orientando la selección terapéutica de los puntos de acupuntura en el manejo de condiciones dolorosas crónicas, síndromes miofasciales y trastornos funcionales. Los usuarios demostraron aceptación del enfoque integrado. Se concluye que esta integración puede ampliar y fortalecer la integralidad de la atención, sugiriendo potencial para favorecer estrategias de uso racional de los recursos en salud.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud de la Familia; Acupuntura; Medicina Tradicional China; Terapias Complementarias.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal estratégia para a organização de sistemas universais de saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado, pela longitudinalidade do acompanhamento e pela ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se como eixo estruturante da APS, assumindo o compromisso de ofertar um cuidado integral, contínuo e centrado nas necessidades da população^{2,3}. Entretanto, o crescente predomínio das condições crônicas, do sofrimento persistente e das demandas complexas em saúde desafia modelos assistenciais centrados exclusivamente na doença e exige abordagens capazes de integrar diferentes dimensões do processo saúde-doença.

A efetividade da APS é determinada pela presença de seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e dos atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural)³. Entre esses, destaca-se a integralidade, entendida como a capacidade dos serviços de reconhecer e responder às múltiplas necessidades dos indivíduos, articulando diferentes tecnologias e estratégias terapêuticas para além do tratamento das doenças¹.

Nesse contexto, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC)⁵, instituída em 2006, ampliou as possibilidades terapêuticas ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao incorporar práticas tradicionais e complementares ao cuidado em saúde. Dentre elas, destaca-se a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), cuja inserção na APS representa uma oportunidade para ampliar o escopo assistencial da ESF e fortalecer o princípio da integralidade, permitindo que diferentes necessidades em saúde sejam abordadas na própria Unidade Básica de Saúde ou, quando necessário, articuladas aos demais pontos da RAS.

A MTC constitui uma racionalidade médica própria, fundamentada em um sistema específico de compreensão do processo saúde-doença, do diagnóstico e do tratamento. Diferentemente da medicina ocidental, cujo raciocínio clínico se organiza a partir do diagnóstico clínico-nosológico das enfermidades, a MTC utiliza a diferenciação sindrômica (*bian zheng*), interpretando sinais, sintomas e características individuais do paciente segundo referenciais como Yin-Yang, Cinco Movimentos, sistemas Zang-Fu, Qi, Xue e meridianos. Essa perspectiva busca identificar padrões funcionais de desequilíbrio do organismo e orientar intervenções individualizadas, considerando a singularidade do adoecimento⁶.

Embora fundamentada em uma racionalidade tradicional, a acupuntura também vem sendo amplamente investigada sob a perspectiva biomédica contemporânea. Evidências experimentais e clínicas demonstram mecanismos relacionados à modulação da dor, à ativação de vias neurofisiológicas, à regulação do sistema nervoso autônomo e à modulação de processos inflamatórios, contribuindo para fundamentar sua utilização em diferentes

condições clínicas, especialmente no manejo da dor crônica e de distúrbios funcionais⁶.

No Brasil, a acupuntura foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução CFM n.º 1.455/1995⁷. Nesse contexto, consolidou-se o termo Acupunturiatria, utilizado para designar a prática médica que integra o raciocínio clínico da medicina ocidental aos recursos terapêuticos da MTC. Nessa perspectiva, o procedimento de inserção das agulhas representa apenas uma etapa de um processo clínico mais amplo, que compreende anamnese, exame físico, formulação diagnóstica, definição prognóstica e elaboração do plano terapêutico⁸.

Essa prática possibilita a construção de uma dupla racionalidade médica, caracterizada pela utilização simultânea de dois sistemas diagnósticos durante o mesmo encontro clínico: o diagnóstico clínico-nosológico da medicina ocidental e a diferenciação sindrômica da MTC. Longe de representarem modelos concorrentes, essas racionalidades podem atuar de forma complementar, ampliando as possibilidades diagnósticas e terapêuticas disponíveis ao médico da APS. Essa integração favorece uma compreensão mais abrangente do adoecimento, permitindo que aspectos biológicos, funcionais e subjetivos sejam considerados de maneira articulada na elaboração do cuidado.

Essa perspectiva dialoga diretamente com o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que propõe integrar a dimensão biomédica à experiência subjetiva do adoecimento, valorizando o contexto de vida, as expectativas, os valores e as necessidades do usuário na construção compartilhada do plano terapêutico¹. Ao aproximar o raciocínio biomédico da diferenciação sindrômica da MTC, a Acupunturiatria amplia as possibilidades de individualização do cuidado, fortalecendo atributos essenciais da APS, especialmente a integralidade, a longitudinalidade e a resolutividade clínica.

Apesar da crescente incorporação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no SUS, a literatura nacional ainda se concentra predominantemente na avaliação da eficácia clínica da acupuntura ou na descrição de políticas públicas relacionadas às PICS. Permanecem relativamente escassos estudos que descrevam como a integração entre o diagnóstico biomédico e a diferenciação sindrômica ocorre na prática cotidiana da ESF e quais contribuições essa articulação pode oferecer à integralidade do cuidado e ao MCCP⁹. Assim, questiona-se: "Como a integração entre o diagnóstico clínico-nosológico da medicina ocidental e a diferenciação sindrômica da MTC pode contribuir para a integralidade do cuidado e para a qualificação da atenção prestada na APS?"

Essa também se justifica pela articulação da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), particularmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), cuja meta 3.8 preconiza a cobertura universal de saúde, incluindo o acesso a serviços de saúde essenciais, seguros, eficazes e de qualidade, e cuja meta 3.4 reforça a promoção da saúde mental e do bem-estar¹⁰. Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a experiência de inserção



da Acupunturiatria e da Medicina Chinesa na prática clínica de uma equipe da Estratégia Saúde da Família.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, fundamentado na observação participante e em registros de diário de campo, que enfatiza os sentidos e a subjetividade da experiência profissional relacionada à inserção da Acupunturiatria e da Medicina Chinesa na prática assistencial de uma equipe da ESF¹¹.

A experiência relatada foi desenvolvida no contexto da assistência médica prestada entre setembro de 2025 e junho de 2026, envolvendo 30 pacientes por conveniência, sendo 20 mulheres e 10 homens. O número de participantes correspondeu aos atendimentos realizados durante o período de observação. Dos 30 pacientes, 15 foram atendidos por demanda espontânea e 15 em consultas programadas na rotina de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza (UAPS), Ceará, Brasil. A indicação da Acupunturiatria ocorreu de forma individualizada, após avaliação clínica realizada pelo médico assistente, considerando as necessidades terapêuticas de cada paciente, a ausência de contraindicações ao procedimento e a concordância do usuário quanto à realização da terapêutica.

Durante os atendimentos, foi aplicado o M CCP, integrando a avaliação clínica convencional à escuta qualificada das demandas, expectativas e do contexto de vida dos usuários. Após a anamnese e o exame físico, estabeleceu-se simultaneamente o diagnóstico clínico-nosológico da medicina ocidental e a diferenciação sindrômica da MTC, fundamentada nos Oito Princípios (Interior/Exterior, Frio/Calor, Vazio/Plenitude e Yin/Yang), nos sistemas Zang-Fu (órgãos e vísceras) e nos canais energéticos envolvidos. A partir dessa dupla racionalidade diagnóstica, foi elaborado um plano terapêutico individualizado, orientando a seleção dos pontos de acupuntura conforme a associação entre a ação local (*Biao*) e a ação sistêmica (*Ben*).

O tratamento foi realizado com agulhas estéreis descartáveis de aço inoxidável (0,25 × 30 mm), mantidas por período de 20 a 30 minutos. Quando clinicamente indicado, empregou-se também a técnica de agulhamento a seco (*dry needling*) em pontos-gatilho (*Ah-Shi*). Para os quadros crônicos, foram programadas sessões seriadas, respeitando a evolução clínica, a resposta terapêutica e a necessidade individual de cada paciente.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2025 a junho de 2026 e utilizaram-se a observação participante¹² e o diário de campo para obtenção de dados fidedignos e posteriormente organizados e analisados. A produção dos dados ocorreu por meio de registros sistemáticos em diário de campo, elaborado pelo médico pesquisador durante o acompanhamento dos pacientes. Foram registrados dados referentes ao diagnóstico de dupla racionalidade aplicado em cada caso, às queixas apresentadas, às estratégias terapêuticas adotadas, à evolução clínica, à resposta ao agulhamento e às

manifestações espontâneas dos pacientes acerca da experiência com a Acupunturiatria.

Os registros foram posteriormente organizados e submetidos à análise interpretativa, buscando identificar padrões relacionados aos principais quadros clínicos atendidos, aos diagnósticos sindrômicos predominantes, às condutas terapêuticas empregadas e às contribuições da integração entre a MTC e a prática clínica da ESF. Essa sistematização subsidiou a elaboração do Quadro 1 e a discussão dos resultados apresentados neste relato. A produção de dados no diário de campo constituiu ferramenta de reflexão crítica sobre a prática profissional, favorecendo a análise do processo de cuidado e o aperfeiçoamento contínuo da integração entre o diagnóstico clínico-nosológico e a diferenciação sindrômica da MTC¹³. Para garantir a confidencialidade dos participantes, todos os registros foram previamente desidentificados, mantendo-se apenas as informações clínicas relevantes para a análise.

O presente estudo está vinculado a um projeto guarda-chuva sobre formação e atuação de médicos no âmbito do Programa Mais Médicos para o Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob parecer n.º 8.081.951 e CAAE n.º 91948525.0.0000.5050, em conformidade com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Relato da Experiência

A correlação das racionalidades médicas demonstrou distinção no perfil epidemiológico e na manifestação das desarmonias energéticas no território. Constatou-se que, nos casos crônicos, o diagnóstico sindrômico da MTC foi direcionado prioritariamente a pacientes acometidos por dor lombar crônica (com ou sem irradiação para os membros inferiores), fibromialgia, enxaqueca e fascite plantar, frequentemente associados a padrões de deficiência interna de energia (especialmente do Rim) combinados com estagnação crônica de *Qi* e *Xue* nos canais da Bexiga e da Vesícula Biliar.

Em contrapartida, os quadros agudos caracterizaram-se predominantemente por síndrome dolorosa miofascial, com forte acometimento da musculatura lombar, da cintura escapular, dos ombros e dos membros, bem como por episódios funcionais de náuseas e tontura, respondendo energeticamente a padrões de excesso local ou rebelião do *Qi*.

A seleção terapêutica dos pontos de acupuntura e a aplicação das técnicas associadas foram conduzidas de forma sistematizada e fundamentada fisiologicamente para responder a essas demandas, conforme sintetizado no Quadro 1.

Os pontos sistêmicos Fígado 3 (*Taichong*) e Intestino Grosso 4 (*Hegu*), combinação classicamente descrita como "Quatro Portões" (*Si Guan*), foram amplamente empregados para mobilizar o *Qi* estagnado, promovendo modulação analgésica geral e regulação emocional, especialmente nos pacientes com fibromialgia e queixas psicossomáticas associadas. Nos casos de enxaqueca, Fígado 3 foi associado ao Vesícula Biliar 34 (*Yanglingquan*), ponto que atua diretamente sobre o trajeto



Shaoyang, reforçando o tratamento da desarmonia entre os canais do Fígado e da Vesícula Biliar, relação de interior-exterior (*Biao-Li*) classicamente implicada nas cefaleias de padrão temporal. O ponto Estômago 36 (*Zusanli*) atuou como potente tonificador sistêmico de *Qi*, especialmente

relevante nos quadros com componente de deficiência subjacente, como a fibromialgia e a tontura funcional, ao passo que o Rim 3 (*Taixi*), por nutrir a "raiz" e sustentar a relação Rim-osso, foi fundamental nos casos degenerativos osteoarticulares e na fascite plantar⁶.

Quadro 1. Correlações clínicas principais de dupla racionalidade, seleção de pontos e aplicação terapêutica na UAPS. Fortaleza, CE, Brasil, 2025-2026

Categoria Clínica	Diagnóstico Clínico-Nosológico	Principal Diagnóstico Sindrômico (MTC)	Principais Pontos / Técnicas selecionados	Justificativa Principal da Terapêutica
Crônicos	Lombalgia crônica com ou sem irradiação (5 casos)	Síndrome Bi (Obstrução Dolorosa) por Estagnação de <i>Qi</i> e <i>Xue</i> nos canais da Bexiga, com Vazio de Rim de base	Bexiga 40 (<i>Weizhong</i>), Bexiga 57 (<i>Chengshan</i>), Bexiga 60 (<i>Kunlun</i>), Rim 3 (<i>Taixi</i>), Intestino Grosso 4 (<i>Hegu</i>), <i>Ah-shi</i> (<i>Dry Needling</i>)	Desobstrução distal do canal da Bexiga (Bexiga 40/57/60); Rim 3 nutre a "raiz" (Rim governa os ossos) e sustenta a estrutura osteoarticular; Intestino Grosso 4 modula a dor por via sistêmica
	Fascite plantar (4 casos)	Síndrome Bi por Estagnação de <i>Qi</i> e <i>Xue</i> no trajeto distal do canal da Bexiga, com Vazio de Rim associado	Bexiga 60 (<i>Kunlun</i>), Bexiga 57 (<i>Chengshan</i>), Bexiga 40 (<i>Weizhong</i>), Rim 3 (<i>Taixi</i>), <i>Ah-shi</i> (<i>Dry Needling</i>)	Pontos da Bexiga desobstruem o canal <i>Taiyang</i> no trajeto do calcanhar/planta; Rim 3 fortalece a raiz <i>Rim-Yin/Yang</i> para reparo tecidual local; <i>Ah-shi</i> trata a fásia diretamente
	Fibromialgia (3 casos)	Síndrome Bi generalizada com componente de deficiência subjacente (Vazio de <i>Qi</i> e <i>Xue</i> de Fígado-Rim)	Fígado 3 (<i>Taichong</i>), Intestino Grosso 4 (<i>Hegu</i>), Rim 3 (<i>Taixi</i>), <i>Ah-shi</i> (múltiplos pontos-gatilho)	Fígado 3 mais Intestino Grosso 4 (Quatro Portões) movem <i>Qi</i> e <i>Xue</i> estagnados e modulam a dor difusa; Rim 3 tonifica a deficiência de base (fadiga, dor generalizada); <i>Ah-shi</i> trata os pontos-gatilho miofasciais associados
	Enxaqueca (3 casos)	Estagnação de <i>Qi</i> de Fígado, com repercussão no eixo <i>Shaoyang</i> (canal da Vesícula Biliar)	Fígado 3 (<i>Taichong</i>), Intestino Grosso 4 (<i>Hegu</i>), Vesícula Biliar 34 (<i>Yanglingquan</i>)	Fígado 3 (ponto-fonte/ <i>Yuan</i>) regula o <i>Qi</i> do Fígado na raiz do desequilíbrio; Vesícula Biliar 34 (ponto dos tendões) atua diretamente no trajeto <i>Shaoyang</i> , clássico para cefaleias temporais e desarmonia Fígado-Vesícula Biliar; Intestino Grosso 4 potencializa a analgesia geral e a regulação emocional associada
Agudos	Síndrome dolorosa miofascial (lombar, cintura escapular, ombros, membros) (8 casos)	Síndrome Bi aguda por invasão de fatores patogênicos externos nos colaterais (estagnação local aguda)	<i>Ah-shi</i> (<i>Dry Needling</i>)	Desativação mecânica imediata das bandas musculares tensas, restabelecendo a microcirculação local
	Náuseas funcionais (4 casos)	Rebelião do <i>Qi</i> de Estômago	Pericárdio 6 (<i>Neiguan</i>), Estômago 36 (<i>Zusanli</i>)	Pericárdio 6 harmoniza o Estômago e faz descer o <i>Qi</i> rebelde; Estômago 36 tonifica o <i>Qi</i> sistêmico e reforça a harmonização digestiva
	Tontura funcional (3 casos)	Vazio de <i>Qi</i> e <i>Xue</i> não nutrindo a cabeça, com possível componente de Rebelião do <i>Qi</i> (quando associado a náusea)	Pericárdio 6 (<i>Neiguan</i>), Estômago 36 (<i>Zusanli</i>)	Estômago 36 tonifica <i>Qi</i> e <i>Xue</i> , nutrindo a cabeça e revertendo a deficiência de base; Pericárdio 6 estabiliza o Shen e trata a rebelião do <i>Qi</i> quando há componente nauseoso concomitante

Para o tratamento direcionado das dorsalgias e da fascite plantar, os pontos Bexiga 40 (*Weizhong*), Bexiga 57 (*Chengshan*) e Bexiga 60 (*Kunlun*) atuaram de forma distal, desobstruindo o canal da Bexiga acometido; reflexo do princípio "para a região lombar, buscar *Weizhong*". O ponto Pericárdio 6 (*Neiguan*), por sua vez, mostrou-se central no manejo agudo das náuseas funcionais, por harmonizar o Estômago e reverter a rebelião ascendente do *Qi*, sendo também associado ao *Zusanli* nos casos de tontura, quando a etiologia se relacionava a um vazio de *Qi* e *Xue* insuficiente para nutrir a cabeça. Já nas dores musculares agudas, o agulhamento a seco (*dry needling*) aplicado diretamente sobre os pontos-gatilho miofasciais (pontos *Ah-Shi*) propiciou relaxamento e alívio imediato da dor, com restabelecimento da microcirculação local e melhora clínica referida pelos pacientes⁶.

No que tange à dimensão subjetiva do cuidado, observou-se uma receptividade notável e, por vezes,

surpreendente por parte dos usuários do território. Os pacientes demonstraram-se abertos à introdução da técnica em seus planos terapêuticos. Mais de 50% relataram já ter ouvido falar da Medicina Chinesa e da acupuntura por meios de comunicação ou relatos de terceiros, embora a grande maioria nunca tivesse experienciado o tratamento em si próprios. Essa curiosidade inicial e a postura de abertura mútua facilitaram a quebra de barreiras culturais na assistência médica convencional. A transição do receio inicial diante das agulhas para uma postura de confiança foi mediada pela explicação fisiológica e energética de cada procedimento durante a consulta, transformando o estranhamento em um convite à corresponsabilização e à participação ativa no processo de cura.

Essa prática clínica integrada e ampliada sugeriu potencial para a rotina de cuidados desses pacientes assistidos na UAPS, evidenciado pela tendência de redução das queixas de dor referidas. Em alguns casos, observou-se



redução do uso de analgésicos, anti-inflamatórios e psicofármacos pela terapêutica da Acupunturiatria e da Medicina Chinesa, que contribuiu diretamente para mitigar iatrogenias e potenciais reações adversas, promovendo de forma ativa a prevenção quaternária na APS. Sob a luz do MCCP, a correlação com a racionalidade da Acupunturiatria proporcionou aos usuários um espaço de escuta qualificada, ampliando o vínculo terapêutico, estimulando a corresponsabilidade pelo autocuidado e fortalecendo substancialmente a autonomia do indivíduo. Consequentemente, foi possível expandir o atributo essencial da integralidade, viabilizando a resolução e o manejo de queixas complexas na própria UAPS.

A experiência aqui relatada dialoga com um conjunto de estudos brasileiros discutidos a seguir sobre a inserção da acupuntura na APS, que, embora sejam escassos na literatura, cada um deles traz escolhas metodológicas e institucionais distintas que ajudam a situar as contribuições e os limites do presente trabalho. Um estudo, ao entrevistar 21 profissionais acupunturistas da rede básica de Campinas/SP, encontrou uma prática clínica ancorada quase exclusivamente no referencial tradicional chinês, sem menção relevante ao uso de um referencial médico-científico depurado de seus fundamentos energéticos¹⁴.

O que aqueles autores não realizaram, e que o presente estudo buscou formalizar, foi um protocolo de diagnóstico simultâneo e sistematizado (ocidental e sindrômico chinês), aplicados lado a lado em cada consulta, com correlação explícita entre pontos de acupuntura e justificativa fisiológica e energética (conforme o Quadro 1). Enquanto o estudo de Campinas descreve uma prática tradicional intuitiva e pessoal de cada profissional, esta experiência propõe uma sistematização replicável da dupla racionalidade médica. Por outro lado, aquele estudo identificou uma questão que este relato não explorou: uma disputa jurídico-corporativa, historicamente recorrente no Brasil, entre categorias profissionais pelo direito de aplicar acupuntura.

Em outro estudo, a acupuntura foi implementada em formato coletivo, por meio de um grupo semanal articulado a rodas de conversa, com produção de dados baseada em diário de campo e entrevistas transcritas¹⁵. Nesse aspecto, observa-se uma convergência metodológica relevante entre os dois trabalhos, uma vez que ambos recorreram ao diário de campo como ferramenta de produção de dados e de reflexão sobre a própria prática¹². A diferença reside na finalidade desse instrumento em cada estudo: enquanto em um deles o diário registrou o processo de facilitação das rodas de conversa e a dinâmica grupal, na experiência aqui descrita, ele subsidiou o refinamento individual do diagnóstico de dupla racionalidade em cada consulta.

O que aquele estudo realizou, e que o presente relato não contemplou, foi a exploração deliberada da dimensão de promoção da saúde coletiva e da grupalidade como estratégia terapêutica; os participantes relataram valorizar o espaço de troca tanto quanto a própria punção¹³. Neste estudo, o atendimento foi mantido estritamente individual dentro da consulta médica de rotina, o que

favorece o rigor diagnóstico da dupla racionalidade aqui descrita, mas não explora o potencial de fortalecimento de vínculo comunitário e de otimização de agenda que a experiência coletiva demonstrou ser viável. Essa não adoção do formato grupal configura uma limitação a ser superada em desdobramentos futuros desta experiência e não apenas uma diferença neutra de desenho metodológico.

Em um estudo documental, não foi implementada nenhuma prática clínica direta. A investigação analisou fichas de encaminhamento para acupuntura represadas em unidades de saúde de Porto Alegre, identificando medianas de espera que chegaram a quase 1.800 dias em uma das unidades avaliadas, enquanto a dor correspondeu a mais de 94% dos motivos de encaminhamento. O estudo evidencia, de forma indireta, o modelo que o presente relato buscou evitar: o encaminhamento do usuário da APS para um serviço especializado externo, sujeito a longas filas de espera, em vez da resolução do quadro clínico na própria unidade pelo médico da ESF. Esse contraste constitui um importante ponto de diálogo entre os dois trabalhos, ao demonstrar um problema estrutural que a prática aqui relatada busca mitigar por meio da internalização da oferta de acupuntura na UAPS, favorecendo a integralidade do cuidado¹⁶.

Revisões da literatura evidenciam que a expansão da acupuntura na APS ainda enfrenta obstáculos importantes, como a escassez de profissionais capacitados, a infraestrutura insuficiente e a resistência de parte da classe médica, conforme demonstrado em estudos de síntese baseados em bases de dados^{17,18}. O presente estudo, ao descrever uma prática já implementada e funcional dentro da rotina da ESF, demonstra a viabilidade da incorporação da Acupunturiatria nesse contexto, embora também evidencie a limitação de tempo de agenda, apontada pelas revisões como um dos principais entraves à consolidação dessa prática na APS.

A evidência clínica internacional, baseada em ensaios clínicos controlados, demonstra benefícios da acupuntura para lombalgia, osteoartrite de joelho, cervicgia crônica e cefaleia, com grau de evidência A e manutenção dos efeitos por até seis meses¹⁹. O que esse artigo oferece, e que os estudos brasileiros de experiência não fornecem, é o lastro de evidência quantitativa que sustenta cientificamente a escolha dos quadros clínicos tratados neste relato, sobretudo para dor lombar crônica e enxaqueca, função que a discussão brasileira, mais concentrada em aspectos de acesso e institucionalização, tende a deixar em segundo plano.

A qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) é mensurada pela presença e extensão de seus atributos essenciais e derivados⁴. A avaliação desses atributos por meio do instrumento PCATool-Brasil, realizada junto a profissionais da rede de APS de Fortaleza, no mesmo território em que se insere a experiência aqui relatada, identificou escore geral de 6,34 (escala de 0 a 10) e escores de 6,32 e 6,74 para os subatributos de integralidade referentes aos serviços disponíveis e aos serviços prestados, respectivamente. Esses valores foram classificados como



satisfatórios, embora indiquem espaço para aprimoramento²⁰.

Embora o instrumento utilizado por Rolim não contemple itens específicos sobre PICS, seus achados confirmam que a integralidade da ESF em Fortaleza, mesmo satisfatória, ainda não atinge escores próximos ao máximo da escala. Este fato sustenta a relevância de investigar a ampliação do escopo terapêutico do médico da ESF, como a incorporação da Acupunturiatria e da Medicina Chinesa aqui relatada, como uma estratégia complementar de fortalecimento desse atributo na rede local²⁰. Nesse sentido, enquanto a pesquisa fornece um diagnóstico quantitativo da extensão desse atributo na APS de Fortaleza, o presente relato apresenta uma resposta qualitativa e clínica situada no mesmo contexto, ao demonstrar a ampliação do leque de intervenções disponíveis ao médico da ESF como estratégia concreta para aproximar a APS do modelo teórico proposto para esse nível de atenção⁴.

Em síntese, o cotejamento dessas experiências revela que este estudo oferece uma resposta pouco comum na literatura nacional: mais sistematizado no diagnóstico dual do que a prática descrita em Campinas, mais individualizado do que a experiência coletiva de Santos, e estruturalmente mais resolutivo do que o modelo de encaminhamento documentado em Porto Alegre, ainda que compartilhe com os estudos de revisão os mesmos desafios de tempo de agenda, infraestrutura e sustentabilidade institucional para a consolidação da Acupunturiatria e Medicina Chinesa na ESF.

Considerações Finais

A experiência relatada sugere que a integração entre a Acupunturiatria, a Medicina Tradicional Chinesa e a prática clínica desenvolvida na ESF mostrou-se factível e

pode ampliar as possibilidades terapêuticas na APS. A utilização concomitante do diagnóstico clínico-nosológico da medicina ocidental e da diferenciação sindrômica MTC mostrou-se compatível com o MCCP, favorecendo uma abordagem mais abrangente das necessidades dos usuários e fortalecendo o princípio da integralidade do cuidado.

Os achados deste relato indicam que a adoção da dupla racionalidade médica pode contribuir para ampliar o escopo de atuação do médico da ESF, especialmente no manejo de condições dolorosas crônicas e distúrbios funcionais frequentemente observados na APS.

Além disso, a experiência evidenciou elevada receptividade dos usuários e sugeriu potencial para favorecer a construção de planos terapêuticos mais individualizados, bem como para apoiar estratégias de uso racional de medicamentos, solicitação criteriosa de exames complementares e prevenção quaternária. Entretanto, os resultados devem ser interpretados à luz das limitações inerentes ao delineamento adotado. Por tratar-se de um relato de experiência desenvolvido em uma única UAPS, baseado na observação participante e em registros de diário de campo, não é possível estabelecer relações de causalidade nem generalizar os achados para outros contextos assistenciais. Além disso, a elevada demanda assistencial da ESF constitui um desafio para a incorporação sistemática da Acupunturiatria na rotina clínica.

Dessa forma, recomenda-se que estudos futuros explorem essa abordagem por meio de delineamentos mais robustos, incluindo pesquisas multicêntricas, estudos de implementação, ensaios clínicos pragmáticos e análises de custo-efetividade, capazes de avaliar de maneira mais abrangente seus impactos sobre a resolutividade da APS, a utilização dos serviços de saúde e a sustentabilidade do SUS.

Referências

1. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil – 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
4. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 14 set 2026]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
6. Hsing WT, Tsai AWW, Rohde CBS, organizadores. Acupuntura e medicina tradicional chinesa. Rio de Janeiro: Atheneu; 2020.
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.455, de 11 de agosto de 1995. Reconhece a acupuntura como especialidade médica. Brasília: CFM; 1995.
8. Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA). Acupuntura e acupunturiatria [Internet]. São Paulo: CMBA; [data desconhecida] [acesso em 13 jul 2026]. Disponível em: <https://cmba.org.br/acupuntura-e-acupunturiatria/>
9. Silva AV, Kobayasi DY. Práticas integrativas e complementares utilizadas para manejo da dor em idosos: revisão integrativa. Glob Acad Nurs. 2021;2(Suppl 3):e183. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200183>
10. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Nova York: ONU; 2015 [acesso em 17 jul 2026]. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2016.
12. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2011.
13. Pezzato LM, L'Abbate S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da análise institucional: potencializando reflexões no cotidiano da saúde bucal coletiva. Physis. 2011;21(4):1297-314. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400008>



14. Contatore OA, Tesser CD, Barros NF. Acupuntura na Atenção Primária à Saúde: referenciais tradicional e médico-científico na prática cotidiana. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210654. <https://doi.org/10.1590/interface.210654>
15. Oliveira AMG, Pezzato LM, Mendes R. Articulação entre Práticas Integrativas e Promoção da Saúde: ações coletivas com acupuntura na Estratégia Saúde da Família. *Rev APS*. 2022;25(Suppl 1):8-28.
16. Dallegrave D, Boff C, Kreutz JA. Acupuntura e Atenção Primária à Saúde: análise sobre necessidades de usuários e articulação da rede. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(21):249-56. [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(21\)291](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(21)291)
17. Oliveira PM, Ribeiro SA, Cruz VC, Gonzaga RK, Silva SABH. A inserção da acupuntura na atenção primária à saúde [Internet]. In: *Anais do I Congresso Acadêmico de Especialidades Médicas da Universidade Anhembí Morumbi Campus São José dos Campos*; 2020; São José dos Campos, SP, Brasil. São José dos Campos: Universidade Anhembí Morumbi; 2020 [acesso em 13 jul 2026]. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/caemscj/322010-a-insercao-da-acupuntura-na-atencao-primaria-a-saude/>
18. Silva MAF da, Eduardo AM de LN, Cruz CA. Práticas de acupuntura na atenção básica de saúde: uma análise da literatura. *Rev UnilS Acad*. 2025;3(1):1-8.
19. Mao JJ, Kapur R. Acupuncture in primary care. *Prim Care*. 2010;37(1):105-17. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2009.09.010>
20. Rolim LB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza-CE: estudo através do PCATool-Brasil, versão profissionais [dissertação]. Fortaleza: Fundação Oswaldo Cruz, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família; 2016.

