



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

KASSIA MARIA TEIXEIRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DA AURICULOACUPUNTURA COMO TERAPIA
COMPLEMENTAR NO PROCESSO DE CESSAÇÃO AO TABAGISMO**

RECIFE-PE

2024

KASSIA MARIA TEIXEIRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DA AURICULOACUPUNTURA COMO TERAPIA
COMPLEMENTAR NO PROCESSO DE CESSAÇÃO AO TABAGISMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências farmacêuticas. Área de concentração: Fármacos e medicamentos.

Orientador(a): Profa. Dra. Karina Perrelli Randau

RECIFE-PE

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Silva, Kassia Maria Teixeira da.

Avaliação de eficácia da auriculoacupuntura como terapia complementar no processo de cessação ao tabagismo / Kassia Maria Teixeira da Silva. - Recife, 2024.
49f.: il.

Inclui referências e anexo.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, 2024.

Orientação: Karina Perrelli Randau.

1. tabagismo; 2. auriculoacupuntura; 3. cigarro. I. Randau, Karina Perrelli. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

KASSIA MARIA TEIXEIRA DA SILVA

**“AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DA AURICULOACUPUNTURA COMO TERAPIA
COMPLEMENTAR NO PROCESSO DE CESSAÇÃO AO TABAGISMO”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Fármacos e medicamentos.

Aprovada em: 08/05/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Karina Perrelli Randau (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Ivana Glaucia Barroso da Cunha (Examinadora Externa)
Faculdade Pernambucana de Saúde

Prof.^a Dr.^a Ivanise Brito da Silva (Examinadora Externa)
Instituto Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

“Quando você quer alguma coisa, todo o universo conspira para que você realize seu desejo”, sendo assim, minha imensa gratidão ao universo por ter conspirado ao meu desejo de chegar até aqui, finalmente! e ao lado de pessoas tão incríveis que seguraram minha mão quando pensei em literalmente desistir.

A minha orientadora Karina, com sua paciência, calma e apoio, sempre acreditando que chegaríamos até o final, meu mais sincero obrigada! você é alguém única dentro do meio acadêmico, não escolheria outra pessoa no mundo para me auxiliar nessa jornada.

A Gabriela que foi um ser de luz nesse período. De uma luz tão grande que consegue ser farol para outras pessoas, e as guia com tanto amor que é impossível não se encantar com seu trabalho.

Aos meus pacientes, que são pessoas incríveis, com toda certeza aprendi com eles mais do que ensinei. Todas as semanas aprendia sobre resiliência e força, e as minhas quintas-feiras eram sempre o dia mais feliz da semana, por poder compartilhá-la com vocês.

Aos meus pais pelo caminho que me ajudaram a trilhar, em especial a minha mãe que aguentou os momentos de desespero junto comigo e inúmeras vezes foi minha fortaleza. Aos amigos que sempre se fizeram presente me apoiando e acreditando mais em mim que eu mesma, levantando a bola e sempre dizendo “você consegue concluir Kassia Maria”, mesmo quando tudo estava dando errado vocês (Izabel, Will, Matheus e Bruno) me mantiveram forte no propósito de que tudo iria se resolver, entre choros e crises de ansiedade. Vocês são incríveis!

Minha gratidão também aos amigos que mesmo não estando no meu dia a dia, se fizeram presente me auxiliando e buscando ajudar da forma como podiam, Jamilly (e lulu), Wesley, Jessica e Amanda, vocês moram no meu coração. A Vitor que veio trazer um pouco de calma nesse finzinho de ciclo, que não foi nada fácil, obrigada meu bem por ser ouvido e apoio para mim todos os dias. E por fim a mim mesma, que mesmo aos tropeços, fui resiliente para chegar até o fim desse ciclo.

RESUMO

Cerca de 8 milhões de mortes são associadas ao hábito de fumar segundo dados da OMS (2022), além de inúmeras comorbidades atreladas ao tabagismo. Por se tratar de uma doença de cunho multifatorial novas estratégias devem ser elencadas para auxiliar o tratamento, dentre elas podemos apontar a auriculoacupuntura. A auriculoacupuntura é uma técnica da medicina tradicional chinesa baseada na teoria do microsistema do pavilhão auricular, que quando estimulados provocam uma reação no sistema neurovegetativo, órgão ou área afetada (Garcia, 2017). O objetivo do estudo em questão foi aplicar e avaliar protocolo de auriculoacupuntura como tratamento complementar em usuários do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT) em município da zona norte da região metropolitana do Recife, produzindo evidências sobre sua eficácia e aumento das chances de êxito do tratamento. Foi desenvolvido um estudo quantitativo e qualitativo, do tipo experimental e analítico, em grupo de tabagistas do município da ilha de Itamaracá. Os voluntários foram separados em 3 grupos (Grupo 1: usuários do PNCT + placebo; Grupo 2: tabagistas usuários do PNCT + auriculoacupuntura; E grupo 3: voluntários que utilizaram unicamente a auriculoacupuntura como tratamento). As sessões de auriculoacupuntura foram realizadas semanalmente e o protocolo empregado utilizou os pontos: pulmão, ansiedade, neurastenia, rim, occipital, Shen men, vício e boca. Foi utilizado como instrumento de mensuração o teste de Fagerström, para avaliar o grau de dependência a nicotina, sendo aplicada na primeira, quinta, décima sessão e após 30 dias de finalizadas as aplicações, de forma paralela foram realizadas abordagens educativas expositivas de cunho qualitativo, tais como rodas de conversa, palestras e oficinas para os usuários e profissionais. Participaram ao total 41 voluntários, sendo 36,6% do sexo masculino e 63,4% feminino. Por meio da análise do teste de Fagerström de forma quantitativa, os três grupos já apresentaram redução no grau de dependência à nicotina após a quinta sessão ($p < 0,05$). O grupo 1 teve percentual de 86,7% de dependência muito baixa ou baixa, bem acima dos encontrados no grupo 2 (53,4%) e grupo 3 (36,4%). Na 10ª sessão, os resultados permaneceram favoráveis PNCT + auriculoacupuntura, sendo a diferença entre os grupos significativa ($p = 0,011$). Após 30 dias da última sessão, 73,3% dos indivíduos do grupo 1 pararam de fumar e 20% reduziram o consumo, comparando com os outros grupos, houve diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$) para ambos. O grupo 2 apresentou percentual de sucesso do tratamento de 20%, e 53,3% de redução do consumo, enquanto no grupo 3 apresentou percentual de sucesso de 18,2% e 63,6% reduziram

o consumo do cigarro. Entre os grupos 2 e 3 não houve diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,870$). Os indivíduos submetidos ao PNCT + auriculoacupuntura tiveram 12,3 vezes mais chance de parar de fumar quando comparado aos demais grupos. A auriculoacupuntura demonstrou-se eficaz frente ao tratamento do tabagismo, obtendo os melhores resultados quando associada ao tratamento convencional preconizado pelo ministério da saúde.

Palavras-chaves: tabagismo; auriculoacupuntura; cigarro.

ABSTRACT

About 8 million deaths are associated with smoking according to WHO data (2022), along with numerous comorbidities linked to smoking. Given that it is a multifactorial disease, new strategies need to be outlined to assist in its treatment, among which auriculotherapy can be highlighted. Auriculotherapy is a technique from traditional Chinese medicine based on the auricular theory, which, when stimulated, triggers a reaction in the neurovegetative system, organ, or affected area (Garcia, 2017). The aim of the study was to apply and evaluate an auriculotherapy protocol as a complementary treatment in users of the National Smoking Control Program (NSCP) in a municipality from the northern zone of the metropolitan region of Recife, producing evidence of its effectiveness and increasing the chances of treatment success. A quantitative and qualitative, experimental, and analytical study was conducted on a group of smokers from the municipality of Itamaracá Island. Volunteers were divided into 3 groups (Group 1: volunteers who used auriculotherapy only as treatment; Group 2: NSCP smokers + placebo; and Group 3: NSCP smokers + auriculotherapy). Auriculotherapy sessions were conducted weekly, and the protocol employed the points: lung, anxiety, neurasthenia, kidney, occipital, Shen men, addiction point, and mouth. The Fagerström test was used as a measurement instrument to assess the degree of nicotine dependence, applied at the first, fifth, tenth session, and 30 days after the sessions ended. Additionally, qualitative educational approaches such as group discussions, lectures, and workshops were conducted for users and professionals. A total of 41 volunteers participated, with 36.6% male and 63.4% female. Through quantitative analysis of the Fagerström test, all three groups showed a reduction in nicotine dependence after the fifth session ($p < 0.05$). Group 1 had a percentage of 86.7% with very low or low dependence, significantly higher than those in Group 2 (53.4%) and Group 3 (36.4%). At the 10th session, favorable results remained for NSCP + auriculotherapy, with a significant difference between groups ($p = 0.011$). Thirty days after the last session, 73.3% of individuals in Group 1 had quit smoking and 20% had reduced consumption. Compared with the other groups, there was a statistically significant difference ($p < 0.05$) for both. Group 2 showed a treatment success rate of 20%, and 53.3% reduced consumption, while in Group 3, the success rate was 18.2%, and 63.6% reduced cigarette consumption. There were no statistically significant differences between Groups 2 and 3 ($p = 0.870$). Individuals undergoing NSCP + auriculotherapy had 12.3 times more chances of quitting smoking compared to the other groups. Auriculotherapy proved to be effective in

smoking cessation treatment, achieving the best results when combined with the conventional treatment recommended by the Ministry of Health.

Keywords: Nicotine Addiction; auricular acupuncture; cigarette.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Modelo do feto invertido utilizado na auriculoacupuntura francesa	21
Figura 2 –	Localização dos pontos selecionados, dentro do protocolo, na anatomia auricular	26
Figura 3 –	Distribuição de faixa etária por sexo dos voluntários participantes	28
Figura 4 –	Pontuação do teste de Fagerström nos momentos da primeira, quinta e décima sessão	31
Figura 5 –	Pontuação do teste de Fagerström nos momentos da primeira, quinta e décima sessão dos indivíduos submetidos a PNCT + Placebo (G1), PNCT + auriculoacupuntura (G2) e auriculoacupuntura (G3)	33
Figura 6 –	Desfecho do tratamento após 30 dias do final das sessões segundo os grupos experimentais	35
Figura 7 –	Intervenções educativas: Palestra sobre auriculoacupuntura e demonstração prática da técnica	38
Figura 8 –	Intervenções educativas: Palestra sobre as implicações do tabagismo na saúde	39
Figura 9 –	Roda de conversa sobre Práticas integrativas e complementares	40
Figura 10 –	Oficina de produção de escalda pés e óleos essenciais	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Comparação da pontuação do teste de Fagerström nos momentos da primeira, quinta e décima sessão	29
Tabela 2 –	Classificação do teste de Fagerström nos momentos da primeira, quinta e décima sessão	32
Tabela 3 –	Desfecho do tratamento após 30 dias do final das sessões segundo os grupos experimentais	35
Tabela 4 –	Desfecho do tratamento após 30 dias do final das sessões segundo os grupos experimentais	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
2.1	TABAGISMO NO MUNDO	15
2.2	TABAGISMO NO BRASIL	17
2.3	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE	18
2.4	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO BRASIL	19
2.5	AURICULOACUPUNTURA	20
3	OBJETIVOS	22
3.1	OBJETIVO GERAL	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	DESENHO DA PESQUISA	23
4.2	LOCAL DA PESQUISA	23
4.3	AMOSTRA DOS PARTICIPANTES	23
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	24
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	24
4.6	RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES	24
4.7	APLICAÇÃO DA TÉCNICA	25
4.8	INSTRUMENTO DE COLETA	26
4.9	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1	POPULAÇÃO DO ESTUDO E RECRUTAMENTO DOS GRUPOS	28
5.2	DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DA TÉCNICA	29
5.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	38
6	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS	43
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE FARGESTROM	49

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização mundial da saúde (OMS) existem cerca de 1,1 bilhões de tabagistas em todo o mundo, sendo 8 milhões de mortes por ano associadas a tal hábito, onde 1,3 milhões destas, estão associadas a exposição passiva do tabaco (Liu *et al.*, 2023; OMS, 2022). Diversos estudos apontam as inúmeras complicações e patologias associadas ao uso do cigarro, patologias estas que implicam em diversos prejuízos tais como doenças cardiovasculares, respiratórias (Kondo *et al.*, 2019; Ramotowski *et al.*, 2019), neurológicas (Gallo *et al.*, 2018), condições inflamatórias crônicas e câncer (Scherübl, 2021).

Tendo em vista os impactos ocasionados pelo hábito de fumar, em novembro de 2005, houve a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para o controle do tabaco (CQCT), organizada pela OMS, sendo homologada pelo Congresso Nacional em janeiro de 2006, através do Decreto nº 5.658. A adesão do Brasil a CQCT serviu como eixo condutor para a implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), de caráter multissetorial levando em consideração todos os princípios e medidas da CQCT-OMS (Brasil, 2011). A PNCT preconiza que pacientes com nível de dependência baixa poderão ser tratados utilizando apenas a abordagem cognitivo-comportamental, já os dependentes de grau mais elevado necessitarão de terapia farmacológica. Além de fornecer subsídios para formação de uma cadeia que garanta o fortalecimento de um ambiente favorável à implementação de todas as medidas e diretrizes de controle do tabaco no país (Brasil, 2011).

Sabendo da multifatorialidade que impedem/dificulta alguns indivíduos de cessar o uso do tabaco, já que tal hábito está associado não só a questões físicas mas também comportamentais e emocionais, novas estratégias devem ser elencadas para auxiliar o tratamento, dentre elas podemos apontar a auriculoacupuntura, que na prática clínica vem apresentando resultados positivos em diversas frentes terapêuticas, principalmente em patologias relacionadas a questões de cunho mental/emocional, tais como estresse (Crespo *et al.*, 2018), ansiedade (Kurebayashi *et al.*, 2012) e adicção (Chen *et al.*, 2022).

Atualmente a auriculoacupuntura e outras práticas integrativas e complementares (homeopatia, fitoterapia, aromaterapia, dentre outras), já estão inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS). O Brasil foi um dos primeiros países a promover esta inclusão, que ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Luz; Barros, 2012). No entanto só no ano de 2006 houve a oficialização com a publicação da Portaria no 971/2006 que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Brasil, 2006). A oficialização da PNPIC auxiliou na difusão da oferta de serviços de PICS no país, e na diversidade

terapêutica ofertada no SUS. Em contrapartida ainda há uma baixa institucionalização da política, que associada a inexistência de financiamento e carência de profissionais, dificulta ainda mais a escalada das práticas integrativas e complementares no setor público, motivo pelo qual se faz tão necessária a amplitude de fornecimento das técnicas dentro das instituições de saúde no país, tanto por meio da difusão entre os usuários quanto da capacitação dos profissionais de saúde (Sousa *et al.*, 2012).

A auriculoacupuntura é uma técnica milenar com origem na china a mais de 4000 anos, e faz parte da medicina tradicional chinesa. Originalmente é baseada na teoria dos microssistemas e na existência de 5 zonas reflexas do pavilhão auricular, que quando estimuladas por sementes, cristais ou agulhas, provocam uma reação no sistema neurovegetativo, órgão ou área afetada, restaurando o equilíbrio (Garcia, 2017). Em 1951, surgiu a na França, a vertente ocidental da auriculoacupuntura que desenvolveu uma relação entre as regiões de ação no corpo de forma sistêmica (Round *et al.*, 2013).

Desta forma o seguinte trabalho visa aplicar e avaliar um protocolo de auriculoacupuntura como ferramenta de tratamento complementar em usuários do programa antitabagismo em município da zona norte da região metropolitana do Recife.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2.1 TABAGISMO NO MUNDO

O tabagismo hoje atinge 1,3 bilhões de pessoas no mundo inteiro e é considerado uma doença crônica que está associada a dependência do consumo de nicotina. O tabagismo foi incluído e classificado no grupo de “transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento”, por estar atrelado ao uso de substância psicoativa, a nicotina, sendo assim classificada pelo código CID10-F17, seguindo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID) (OMS, 2022).

A nicotina presente no tabaco e em seus derivados, apresenta a capacidade de promover alterações no Sistema Nervoso Central agindo diretamente no sistema de recompensa, modificando o estado emocional e comportamental dos usuários. Desta forma sendo classificada como uma droga psicoativa, capaz de promover abstinência, tolerância e comportamento compulsivo de consumo (Meirelles, 2023; Silva, 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a epidemia do tabaco está associada a morte de cerca de 8 milhões de pessoa por ano, contabilizando cerca da metade dos usuários que não param com o seu consumo (Siddiqi *et al.*, 2020). Desta forma o tabagismo é considerado a maior causa de morte evitável em todo o mundo, sendo uma das maiores ameaças que a saúde pública mundial já enfrentou, visto que os danos associados a tal a hábito implicam em diversas outras comorbidades (Drope *et al.*, 2018; OMS, 2023).

Não há um nível considerado seguro para consumo do tabaco, todas as suas formas de uso acarretam a algum prejuízo na saúde do indivíduo exposto, sendo a forma mais comum o consumo do tabaco a partir do ato de fumar, seja cigarro, narguilé, charuto, cachimbo, entre outros. No entanto existem diversas e diferentes outras maneiras de se expor ao tabaco, seja na exposição passiva, onde o indivíduo “consome” o tabaco a partir da fumaça gerada por um fumante ativo, ou o consumo de produtos de tabaco sem fumaça como por exemplo, o tabaco mascado (Viegas, 2008; INCA, 2023). O consumo do tabaco a partir da via inalatória é o maior responsável por diversos tipos de câncer, principalmente os associados ao sistema respiratório, tais quais câncer de pulmão, traqueia e laringe, além de contribuir para diversas outras comorbidades. Enquanto os produtos de tabaco sem fumaça, são associados como fator de risco para o desenvolvimento de outros tipos de câncer (esôfago, pâncreas, cabeça, boca) e inúmeras outras patologias relacionadas a cavidade bucal (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020; INCA 2023). No entanto vale ressaltar que a disseminação da nicotina se dá para todos os tecidos do corpo, indo além das vias

respiratórias, podendo ser encontrada na saliva, no suco gástrico, leite materno, músculo esquelético e no líquido amniótico (Martins, 2022).

Nos anos de 1999 e 2003 foi desenvolvido sob o comando da organização mundial da saúde o primeiro tratado internacional de combate ao tabaco, a Convenção-Quadro de Controle ao Tabaco (CQCT), sendo considerado um marco na saúde pública mundial, o mesmo entrou em vigor no ano de 2005, sendo o Brasil um dos países líderes. A CQCT tem como objetivo “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco”.

A OMS sabendo da epidemia que o consumo do tabaco se tornou em todo o globo, desenvolveu no ano de 2007 um plano de medidas para reverter essa situação, chamada de MPOWER, do inglês: Monitor; Protect; Offer; Warn; Enforce; Raiser. Que consiste em 6 medidas voltadas a redução da epidemia de tabaco no mundo sendo elas: Monitorar o uso de tabaco bem como as políticas de prevenção; Proteger a população de forma geral contra a fumaça do tabaco; Ofertar ajuda para cessação do fumo; Advertir sobre os perigos relacionados ao consumo do tabaco; Fazer cumprir as proibições e restrições relacionadas a publicidade, promoção e patrocínio na indústria do tabaco e Aumentar os impostos sobre o tabaco (OMS, 2008). O plano tem por objetivo estimular e dar ferramentas para que os responsáveis pela elaboração das políticas públicas de saúde, juntamente com a sociedade e os profissionais da área, possam desenvolver um mundo totalmente livre do tabaco,

Atualmente dentre os 193 países que compõem o globo apenas 32 apresentam políticas nacionais próprias voltadas a cessação do tabagismo (OMS, 2023), onde, segundo o “the tobacco atlas” até o ano atual os países de destaque que apresentam políticas nacionais de controle ao tabaco mais bem estabelecidas e atuantes dentro de seu território são: Peru, Tailândia e Brasil.

Segundo a OMS essa baixa adesão dos países se deve ao conflito de interesses existentes entre a indústria do tabaco e as políticas públicas de saúde, além disso, a governança de alguns países possuem interesses, direto ou indireto, no cultivo e na produção do tabaco, sendo outro fator limitante para a implementação de medidas mais específicas e rigorosas. A indústria do tabaco luta para garantir que os perigos e danos relacionados aos seus produtos, sejam ocultados mesmo já sendo cientificamente comprovado seu elevado grau de dependência e sua relação direta com desenvolvimento de inúmeras patologias, além da promoção do aumento da pobreza, visto que cerca de 80% dos consumidores de tabaco no mundo vivem em países subdesenvolvidos (OMS, 2021).

Deste modo, se as estatísticas permanecerem com o status atual, no ano de 2030 a epidemia do tabaco será responsável por oito milhões de mortes por ano, chegando a um bilhão de pessoas até o final do século (OMS, 2022).

2.2 TABAGISMO NO BRASIL

No Brasil a epidemia de cigarro deslanchou a partir dos anos de 1970, segundo a organização Pan-americana de saúde durante o período de 1970 a 1980 a quantidade de tabagistas subiu de 25 milhões para 33 milhões, com cerca de 80.000 a 100.000 mortes associadas a tal hábito, devido ao aumento crescente e preocupante neste mesmo período começaram a surgir movimentos de controle ao fumo por profissionais de saúde e instituições médicas (Joly, 1975; Brasil, 1987).

No ano de 1979 foi elaborado o primeiro Programa nacional contra o fumo no Brasil, que só foi institucionalizado a nível federal em 1985 com a criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT), que antecedeu a criação do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, em 1986, em uma ação que envolveu diferentes instituições. No mesmo ano em 11 de junho, foi criada a lei federal 7.488 que instituiu o Dia Nacional de Controle ao Fumo (29 de agosto), sendo um grande passo de enfrentamento a proteção da agroindústria do tabaco, e mesmo que de forma tímida iniciou o processo de regulamentação para o controle do tabagismo, o enfrentando de fato como um problema de saúde pública (INCA, 2011; INCA, 2012; Romero; Silva, 2011;).

De lá para cá, as ações relacionadas à promoção, gestão e administração do controle ao tabagismo no Brasil, vem sendo organizada pelo Ministério da saúde através do instituto nacional de câncer (INCA), sendo responsável pela elaboração de ações que vão integrar o PNCT, que tem por objetivo reduzir o número de indivíduos tabagistas em todo território nacional bem como as comorbidades e mortalidade ligadas ao consumo do tabaco no Brasil (Brasil, 2021).

O Programa Nacional de Controle ao Tabagismo atua principalmente na efetivação dos pilares estabelecidos na CQCT, voltando suas ações para educação, conscientização do público, estabelecimento de medidas para redução da dependência e para o abandono do tabaco. Além de promover um meio favorável para realização e aplicação das medidas e diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Controle ao Tabagismo, estando assim em conformidade com o descrito pela CQCT como obrigação geral dos países membro, estabelecendo, reforçando e financiando mecanismos de coordenação nacional de controle ao tabaco (Brasil, 2021).

Segundo o “The Tabacco Atlas” (2021), na atualidade o governo brasileiro gasta em torno de 100 bilhões reais por ano com custos relacionados a complicações de saúde relacionadas ao consumo do tabaco. São registradas cerca de 191.127 mortes de brasileiros por ano, sendo as maiores causas relacionadas a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doenças cardíacas, câncer de pulmão e outros tipos de câncer, quadros de pneumonia e acidente vascular cerebral (INSTITUTO DE EFETIVIDADE CLÍNICA E SANITÁRIA, 2021).

O Brasil é referência com seus bons resultados relacionados à política de controle ao tabaco, sendo reconhecido internacionalmente pelas políticas públicas e medidas voltadas a erradicação do tabagismo. O Brasil foi pioneiro no que está relacionado as restrições nas publicidades de cigarros, adotando imagens de advertências nas embalagens e proibindo o uso de palavras que apresentassem uma conotação de menor dano/prejuízo a tal produto em sua descrição; além de promover aumento nos impostos, leis que promoveram ambientes livres de cigarros e facilitação e ampliação do acesso ao tratamento (Morais *et al.*, 2022; Malta, 2015).

Atualmente o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo ofertadas pelo ministério da saúde segue uma abordagem básica seguindo o protocolo PAAPA (Perguntar e Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar). Para o tratamento não medicamentoso são realizadas sessões semanais que duram em media 3 meses, onde são abordados temas como: “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”; “Os primeiros dias sem fumar”; “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar” e “Benefícios obtidos após parar de fumar”. Já quando há uma necessidade de abordagem farmacológica, as reuniões de aconselhamento são realizadas de forma combinada ao tratamento com fármacos psicoativos, que neste caso é a bupropiona, e/ou a reposição de nicotina com adesivos (liberação lenta), gomas ou pastilhas (liberação rápida), sendo este último o tratamento preferencial, por apresentar uma maior eficácia. Essas terapêuticas podem ser realizadas tanto de forma isolada como combinada a depender do grau de dependência e/ou condição do paciente (Brasil, 2020).

2.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

A medicina tradicional, complementar e integrativa que conhecemos na atualidade tem a maior parte de sua origem oriunda do oriente, principalmente da China e da Índia, sendo considerada um conhecimento milenar que vem sendo difundido pelo mundo há mais de 2000 anos, e tem como alicerce uma abordagem mais holística e total do indivíduo, levando a promoção da saúde (Fung; Linn, 2015; Takayama; Iwasaki, 2017; Kasote *et al.*, 2017)

Essas práticas baseiam a sua abordagem em uma perspectiva ampliada da individualidade e complexidade de cada indivíduo nos âmbitos físico, emocional e energético, o que vai de encontro a definição de saúde segundo a OMS, que é estabelecida como: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”, sendo assim sua utilização de forma associada as terapias convencionais biomédicas podem acarretar em diversos benefícios e avanços a diferentes tratamentos garantindo um cuidado continuado e abrangente (Sarman; Uzuntarla, 2022).

Diversas são as formas de abordagem das PICS, que podem ser nutricionais (fitoterapia, alimentação em medicina chinesa) psicológicas (musicoterapia e hipnose,) e físicas/respiratórias (yoga, acupuntura, tai chi chua, meditação) (Miller, 2022)

De forma geral, na última década, a procura pelas práticas integrativas e complementares tem crescido de forma significativa nos países ocidentais, principalmente nos que apresentam alto índice de desenvolvimento humano, isto se deve a institucionalização e legitimação social e profissional dessas práticas (OMS, 2023). Estudos realizados nos estados unidos apontam que 40% da população americana já fez uso da medicina complementar. Isso se deve principalmente a três fatores: os benefícios observados, a segurança transmitida por tais práticas, e a percepção negativa frente a terapia convencional (Tangkiatkumaji *et al.*, 2020).

Diversas são as desarmonias energéticas e físicas as quais essas práticas são capazes de atuar, sendo as mais comuns, ansiedade, enxaqueca, insônia, distúrbios gastrointestinais. No entanto a maior busca é relacionada a enfermidades de cunho crônico e mental, visando a redução dos sintomas e/ou prevenção de agravos (Miller, 2022; Sarman; Uzuntarla, 2022).

2.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO BRASIL

No ano de 2006 o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 971/2006, publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, oficializando cinco práticas: homeopatia, fitoterapia, acupuntura/medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica e termalismo, tendo como objetivo a garantia da integralidade, que é dos pilares da política do SUS (BRASIL, 2006). Em 2017, houve a ampliação da política, com a publicação da portaria GM nº 849/2017, onde foram incluídas mais 14 práticas: meditação, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Seguida em 2018 pela portaria GM nº 702/2018 que incluiu mais 10 modalidades: apiterapia,

aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos (reiki), ozonioterapia e terapia floral (Brasil, 2018).

Atualmente são ofertados ao total 29 procedimentos pelo SUS em todo território nacional. Segundo o ministério da saúde 54% dos municípios ofertam esse serviço, somando ao todo, 8.239 estabelecimentos de saúde da atenção primária, onde, 78% estão na atenção básica, 18% nos serviços de média complexidade e 4% no de alta complexidade (Brasil, 2023).

2.5 AURICULOACUPUNTURA

A auriculoacupuntura é uma variação da acupuntura, vertente da medicina tradicional chinesa, sendo uma técnica não invasiva que consiste na realização de estímulos em pontos específicos do pavilhão auricular. Essa estimulação pode ser realizada através de agulhas, sementes, cristais, eletricidade e imãs para fins terapêuticos (Ni *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2022; Vieira *et al.*, 2022).

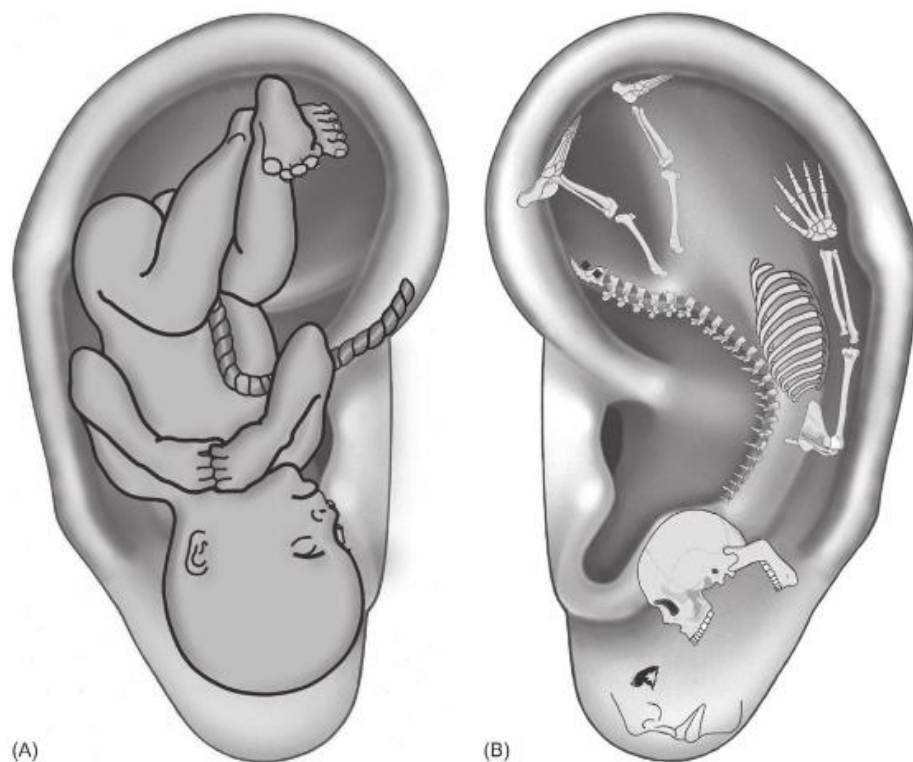
Por muitos anos a acupuntura sistêmica foi a mais utilizada como forma de tratamento, porém nas últimas décadas ela vem sendo substituída por outras técnicas que apresentam maior facilidade de aplicação, menor custo e mesma efetividade, nesse contexto a auriculoacupuntura se destaca e ganha força (Kurebayashi; Silva, 2015; Korelo *et al.*, 2022).

Atualmente existem duas linhas que explicam os princípios da auriculoacupuntura, a oriental voltada a lógica da medicina tradicional chinesa (MTC) que se utiliza do mecanismo dos meridianos e da teoria do zang fu, e a voltada a uma consciência ocidental que segue a escola francesa desenvolvida por Paul Nogier (Alimi; Chelly, 2018).

O microsistema da orelha e seu uso terapêutico já era citado na literatura antiga oriental para fins terapêuticos, sendo o povo chinês o primeiro a estreitar uma relação entre o pavilhão auricular e os órgãos internos. Eles utilizavam o pavilhão principalmente como método de diagnóstico, por meio da observação de seu tamanho, textura, coloração e forma (Garcia, 1999). A medicina tradicional chinesa se baseia na teoria dos meridianos, e no conceito onde todos os distúrbios do corpo são relacionados a um desequilíbrio do Qi (força vital) e do Xue (fluidos do corpo) e os meridianos são exatamente os canais pelos quais o Qi e Xue circulam pelo corpo existindo uma estreita relação entre esses meridianos e os microsistemas do pavilhão auricular e dos pés (extremos do corpo) (Yue *et al.*, 2022; Bernardo-Filho *et al.*, 2014). Chang (2012) sugere que o sistema de meridianos na verdade trata-se de uma complexa rede de feixes neurovasculares, e que suas ramificações menores se conectam com as vísceras e membros periféricos (Chang, 2012).

Em 1951, nasce a vertente ocidental da auriculoacupuntura por meio do médico francês Dr. Paul Nogier, que mapeou e catalogou os pontos do pavilhão auricular e os correlacionou a suas devidas regiões de ação no corpo de forma sistêmica, utilizando a teoria do “feto invertido” (figura 1) (Round *et al.*, 2013). Na auriculoacupuntura francesa o microssistema auricular reflete uma ação neurológica guiada pelo sistema parassimpático, desta forma, ao estimular o pavilhão auricular áreas do cérebro também serão estimuladas, promovendo a liberação de neurotransmissores que atuarão de forma sistêmica promovendo homeostasia, melhora de quadros patológicos e/ou redução de sintomas (Artioli; Tavares; Bertolini, 2019; Oliveira; Gamarrona; Oliveira, 2022).

Figura 1 – Modelo do feto invertido utilizado na auriculoacupuntura francesa



Fonte: Auriculotherapy Manual (2014).

Atualmente existe um consenso entre as duas vertentes teóricas da auriculoacupuntura (oriental e ocidental) bem como sobre sua utilização e aplicação de seus respectivos mapas, para tratamento de diferentes comorbidades. Ambas são diversamente aplicadas e difundidas no meio, existindo diversas experiências e pesquisas desenvolvidas em diferentes países (Oleson, 2013; Abbate, 2015; Contim; Santos; Moretto, 2020).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Aplicar e avaliar protocolo de auriculoacupuntura como tratamento complementar em usuários do programa antitabagismo no município da Ilha de Itamaracá.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Produzir evidências científicas sobre o uso da auriculoacupuntura para o tratamento complementar da cessação do tabagismo.
- Avaliar a eficácia da auriculoacupuntura como tratamento complementar, em tabagistas cadastrados no Programa Nacional de Controle ao Tabagismo;
- Aumentar as chances de êxito no tratamento dos usuários por meio da utilização de terapias complementares e integrativas;
- Desenvolver atividades de educação e saúde voltadas ao bem-estar dos usuários;

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DA PESQUISA

A pesquisa é um estudo quantitativo e qualitativo, do tipo experimental e analítico, operacionalizada em três etapas: coleta de dados, intervenção associada a captação de dados e tratamento estatístico com análise de dados através do método ANOVA. Que ocorreu entre o período de fevereiro de 2023 a dezembro de 2023.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo tem como local de pesquisa o município da Ilha de Itamaracá que fica localizado no litoral norte do estado de Pernambuco, há aproximadamente 50km da cidade do Recife, e atualmente conta com 24.540 habitantes e uma extensão territorial de 66.684 km² (IBGE, 2022).

No município o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo tem suas atividades realizadas no Palácio pedra que canta, localizado na Av. João Pessoa Guerra, nº 37 – 1º andar, bairro do Pilar, no município da ilha de Itamaracá, estado de Pernambuco, Brasil. Os grupos são formados duas vezes por ano, com duração média de 3 meses cada, existindo a possibilidade de acompanhamento posterior dependendo da demanda de cada paciente. As reuniões ocorrem semanalmente com duração média de 2 horas, comportando grupos de 10 a 15 participantes.

4.3 AMOSTRA DOS PARTICIPANTES

O intervalo amostral foi determinado para aproximadamente 30 voluntários, com margem de ± 10 integrantes (para casos de desistência ou abandono do tratamento) entre usuários e não usuários do PNCT, esta amostra foi estimada levando em consideração que o desenvolvimento do estudo coincidiu com o retorno das reuniões presenciais, que por sua vez estavam suspensas devido a pandemia da COVID-19, além do estudo acontecer em um município relativamente pequeno. Os voluntários foram divididos em 3 grupos: O grupo 1 que incluiu os usuários do PNCT que fizeram uso das estratégias de tratamento do programa e receberam o placebo; O grupo 2, composto de usuários do PNCT que fizeram uso das estratégias de tratamento do programa, associado a auriculoacupuntura; E o grupo 3, composto por voluntários que não fazem parte do PNCT, e utilizaram auriculoacupuntura como estratégia principal e única para tratamento do tabagismo.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Dos critérios de inclusão, foram selecionados voluntários maiores de 18 anos, devidamente cadastrados e em participação ativa do PNCT (para os integrantes dos grupos 1 e 2) ou que apresentaram o desejo de parar de fumar, mas não participavam das reuniões do PNCT (para integrantes do grupo 3), de ambos os sexos, de diversos níveis de dependência a nicotina, e todos apresentavam o desejo de parar de fumar. Todos os voluntários foram orientados sobre os procedimentos da pesquisa e por menores através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

E quanto aos critérios de exclusão, estavam inaptos a participar do estudo, os indivíduos fumantes que não apresentassem interesse em parar de fumar, gestantes, indivíduos com piercing, alergias/urticarias ou feridas na região do pavilhão auricular. E voluntários que faltaram duas ou mais sessões seguidas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e aprovado sob o número de CAAE: 57985722.5.0000.5208, parecer: 5.624.739.

4.6 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES

A captação dos voluntários foi realizada na própria unidade que abriga o PNCT no município da Ilha de Itamaracá, a partir de demanda espontânea, ocorrendo de duas maneiras: a amostragem composta por conveniência, onde foram recrutados indivíduos que já haviam se inscrito para participar das reuniões do PNCT e que se mostraram disponíveis a também participar do estudo (Freitag, 2018); e o recrutamento utilizando a técnica da “bola de neve”, angariando uma amostragem de voluntários que não haviam se inscrito no programa e nem apresentavam interesse em participar, mas que souberam do estudo por outros meios, e apresentaram o interesse em cessar uso do tabaco e participar pesquisa (Gracioli *et al.*, 2017).

Desta forma, foi realizada uma apresentação da pesquisa para o grupo, de forma expositiva, por meio de apresentação em slides, onde os objetivos da pesquisa, os procedimentos realizados, o tempo de duração e as recomendações a serem realizadas durante o foram explanados e explicados de forma clara e simples.

4.7 APLICAÇÃO DA TÉCNICA

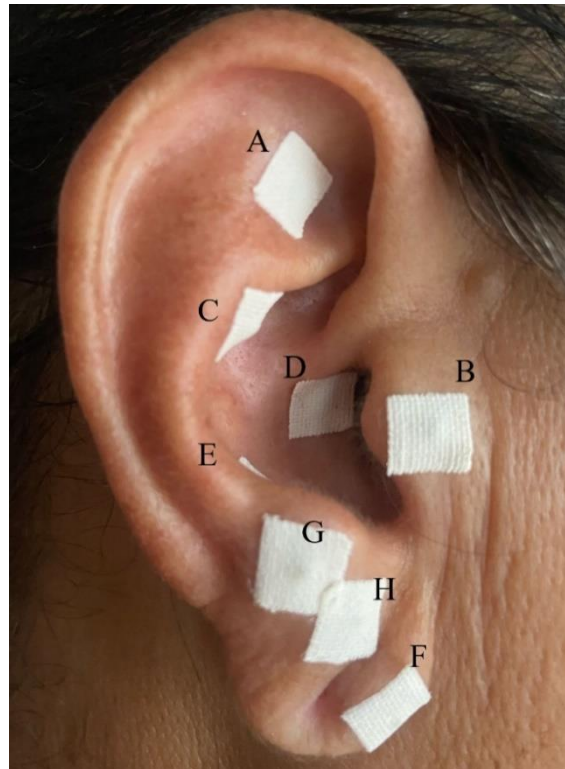
A técnica aplicada foi a auriculoacupuntura baseada na medicina tradicional chinesa, sendo realizada por profissional farmacêutico especialista em PICS. As sessões foram realizadas de forma semanal por 10 semanas (aproximadamente 3 meses) com duração de aproximadamente 10 minutos por aplicação.

Do procedimento prático da aplicação da técnica, inicialmente se realizou a higienização da região do pavilhão auricular com álcool 70% e algodão, seguida da apalpação e aplicação das sementes de mostarda com fita microporosa, utilizando o protocolo desenvolvido por Silva (2020) que utiliza a auriculoacupuntura baseada na medicina chinesa (teoria dos zang fu) que considerou os seguintes pontos: Pulmão, Ponto da Ansiedade, Ponto da Neurastenia, Rim, Occipital, Shen men, vicio e Boca, para os indivíduos dos grupos 2 e 3. Já para o grupo 1 (grupo placebo), foi realizado apenas a aplicação da fita microporosa sem a presença das sementes. Durante as sessões os voluntários dos grupos 2 e 3 foram instruídos a estimular os pontos aplicados, pelo menos 3 vezes ao dia, no mínimo, durante os 5 dias posteriores a aplicação e retirando os adesivos após esse período, sendo os 2 dias restantes para a próxima aplicação o período de “descanso” da região (Garcia,1999). Já os participantes do grupo 1 não foram instruídos a realiza qualquer estímulo no pavilhão auricular.

O protocolo empregado, utilizou os pontos pulmão, ponto da ansiedade, ponto da neurastenia, rim, occipital, Shen men, vicio e boca com as seguintes finalidades terapêuticas:

- Ponto Pulmão: Tem a função de comandar e fortalecer o aparelho respiratório, além de controlar a energia, respiração, pele e mucosas;
- Ponto da Ansiedade: Responsável por diminuir a ansiedade, bem como seus sintomas: palpitações, insônia, falta de ar, entre outros;
- Ponto da Neurastenia: Trata os estados de neurastenia e nos transtornos do sono;
- Ponto vicio: Promove a desintoxicação e acalma a mente;
- Ponto Rim: Responsável pela manutenção e conservação da saúde, atua como filtro de toxinas, melhora o metabolismo celular de oxigênio e controla o metabolismo dos líquidos corporais;
- Ponto Occipital: Usado nas enfermidades do sistema nervoso na sua fase aguda, atua como sedante, alivia tosse e estados de pânico;
- Ponto Shen men: Atua no sistema nervoso, controla as emoções, analgésico e sedante;
- Ponto boca: Trata afecções da cavidade bucal, também funciona como sedante e auxilia na redução de quadros de tosse.

Figura 2 – Localização dos pontos selecionados, dentro do protocolo, na anatomia auricular



Fonte: A autora (2023).

A- Ponto Shen men; B- Ponto vício; C- Ponto rim; D-Ponto boca; E- Ponto pulmão; F- Ponto ansiedade; G- Ponto occipital; H- Ponto Neurastenia;

4.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A ferramenta de mensuração foi o teste de Fagerström, que consiste em um questionário utilizado mundialmente para avaliar o grau de dependência a nicotina, sendo de extrema importância na condução do tratamento de pacientes tabagistas. Ele se destaca devido a facilidade de sua aplicação, e por se tratar de uma técnica não invasiva frente outras formas de mensurar marcadores para a dependência a nicotina (Fagerström, 1989; Halty *et al.*, 2002; Hughes; Davies, 2019).

Ele foi criado e desenvolvido por Fagerström em 1978, como questionário de tolerância de Fagerström, e após alguns anos foi adaptado e passou a se chamar teste de dependência à nicotina (Fagerström, 1989). No Brasil o teste foi validado no ano de 2002, por Carmo & Pueyo.

O teste é baseado em seis perguntas simples, que incluem: 1- O tempo em que o indivíduo fuma o primeiro cigarro após acordar; 2- A dificuldade de ficar sem fumar em locais onde é proibido; 3- Qual cigarro do dia que traz mais satisfação; 4- A quantidade de cigarros que fuma durante o dia; 5- Se faz uso do cigarro mais durante o horário da manhã; e

6- Se faz o uso do cigarro mesmo estando doente. Para cada resposta existe uma pontuação, e a soma dessa pontuação permite avaliar o grau de dependência a nicotina, determinando assim 5 níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos) (Fagerström, 1989).

Dentro do estudo o questionário foi aplicado na primeira sessão (T0), quinta sessão (T5), décima sessão (T10), e após 30 dias (T30) de finalizadas as aplicações, visando avaliar a evolução do quadro não só durante as aplicações do protocolo como também após a finalização do esquema terapêutico, identificando possíveis recaídas.

4.9 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Foram realizadas diferentes abordagens educativas de cunho qualitativo, tais como: rodas de conversa, palestras e oficinas. Todas tendo como público-alvo os participantes dos grupos e profissionais de saúde do serviço. Por meio de uma abordagem expositiva com apresentação de slides, imagens e vídeos, foram explorados temas como: “Os impactos do hábito de fumar na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos” e “Práticas integrativas e complementares em saúde no SUS”, está última com foco na técnica de auriculoacupuntura. Também foram realizadas atividades práticas por meio de oficinas de aromaterapia e produção de escalda pés (reflexologia podal), com foco nos benefícios e utilização no dia a dia.

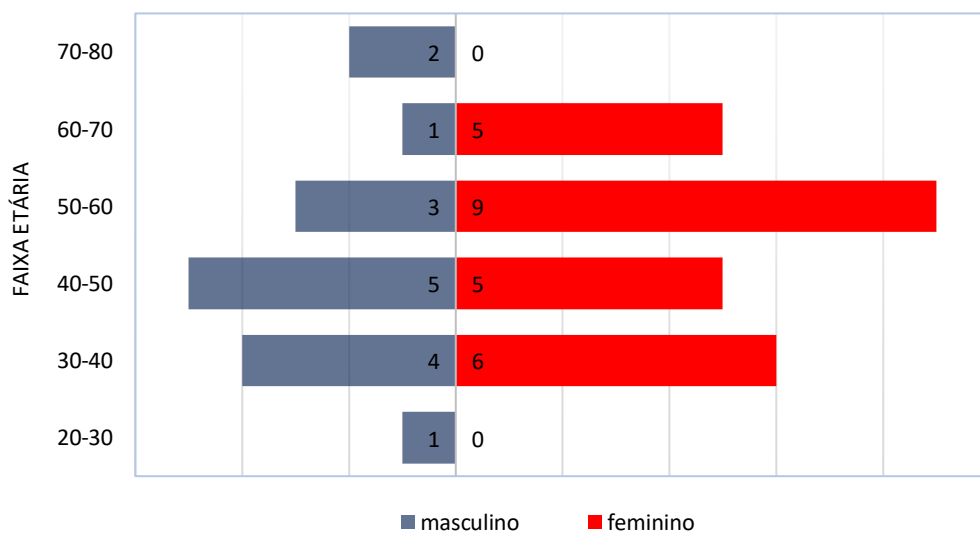
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO E RECRUTAMENTO DOS GRUPOS

Ao total se voluntariaram para a pesquisa 63 indivíduos que inicialmente atendiam todos os critérios de inclusão e estavam aptos a participar da pesquisa. No entanto durante o período de aplicação do protocolo, 22 dos voluntários desistiram do processo ou faltaram a duas ou mais sessões seguidas se tornando inaptos dentro dos critérios pré-definidos. Sendo assim o número amostral obtido ao final foi de 41 voluntários aptos e que finalizaram todo o protocolo.

Dos 41 voluntários participantes, todos residentes do município da ilha de Itamaracá, apresentando uma faixa etária que variou de 29 a 74 anos, com maior incidência entre os indivíduos com idade entre 50 e 60 anos (figura 3), sendo 36,6% do sexo masculino e 63,4% feminino, mostrando uma prevalência do sexo feminino pela procura ao tratamento do tabagismo, mesmo a dominância de tabagistas no Brasil sendo do sexo masculino (INCA, 2024), esse dado também nos aponta e reafirma uma realidade já bem discutida na saúde pública brasileira, onde os homens procuram muito menos os serviços de saúde, seja para tratamento de comorbidades ou de forma preventiva (Bertolini; Simonetti, 2014; Teixeira, 2016).

Figura 3 – Distribuição de faixa etária por sexo dos voluntários participantes



Fonte: A autora (2024).

5.2 DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DA TÉCNICA

Destes 41 voluntários aptos, 30 participavam do PNCT e os outros 11 indivíduos não participavam das reuniões e encontros, porém apresentavam o desejo de parar de fumar. Desta forma foram formados 3 grupos, dos quais: 15 são usuários do PNCT e foram submetidos ao protocolo de auriculoacupuntura; 15 usuários do PNCT que receberam o placebo e 11 não usuários do PNCT que foram submetidos ao protocolo de auriculoacupuntura como tratamento único e principal.

Na tabela 1 conseguimos visualizar a análise comparativa intra e entre os grupos, que serve como forma de mensurar e comparar o comportamento de resposta frente um mesmo tratamento no decorrer das sessões (intragrupo) e realizar a comparativa das respostas frente aos diferentes protocolos (entre grupos). Nesta comparativa o parâmetro indicador do nível de dependência a nicotina de usuários e não usuários do /PNCT foi o teste de Fagerström., que classifica a dependência o como: muito baixa (0 a 2 pontos), baixa (3 a 4 pontos), média (5 pontos), elevada (6 a 7 pontos) e muito elevada (8 a 10 pontos). A aplicação do teste na primeira sessão visou compreender e caracterizar o perfil de cada grupo/indivíduo, a fim de determinar parâmetros que antevíssem as intervenções, para fins comparativos as demais análises. Já a quinta aplicação do questionário teve por objetivo observar a evolução do quadro e possibilitar a investigação de um período inicial de efetividade do protocolo, seguida do desfecho nas análises finais.

Tabela 1 – Comparação da pontuação do teste de Fagerström nos momentos da primeira, quinta e décima sessão

Sessões	PNCT + Placebo	PNCT + Auriculoacup untura	Auriculoacupuntura	p-valor (entre grupos)
1ª sessão	5 (4 – 7)	6 (3 – 7)	7 (5 – 8)	0,453
5ª sessão	4 (1 – 6) ^a	0 (0 – 1) ^b	5 (3 – 7) ^a	0,009
10ª sessão	4 (1 – 6) ^a	0 (0 – 2) ^b	3 (3 – 6) ^a	0,024
Comparação intragrupo (p-valor)				
S₁versusS₅	0,008	<0,001	0,008	-
S₁versusS₁₀	0,004	<0,001	0,004	-
S₅versusS₁₀	0,219	0,375	0,250	-

Fonte: A autora (2023).

* Mediana (P₂₅ – P₇₅); ** Na comparação entre grupos, letras diferentes se referem a diferença estatística significativa entre os grupos

Partindo da análise o teste de Fagerström de forma quantitativa, na comparação entre grupos, observa-se que na primeira sessão não houve diferença estatística na mediana de pontos entre os grupos ($p = 0,453$).

Sabendo que quanto menor a pontuação do teste de Fagerström menor o grau de dependência a nicotina, o grupo PNCT + auriculoacupuntura apresentou uma maior redução mediana de pontos quando comparados aos grupos PNCT + Placebo ($p = 0,008$) e o grupo submetido apenas a auriculoacupuntura ($p = 0,008$). Não houve diferença estatística entre os grupos placebo e auriculoacupuntura quando comparadas a pontuação na quinta sessão ($p = 0,510$). Comparando os grupos após 10 sessões, os resultados foram semelhantes ao encontrado após 5 sessões, no qual houve diferença significativa em relação ao grupo PNCT + auriculoacupuntura e os demais grupos ($p = 0,024$), demonstrando uma maior eficácia do grupo PNCT + auriculoacupuntura na redução do grau de dependência (tabela 1 e figura 4).

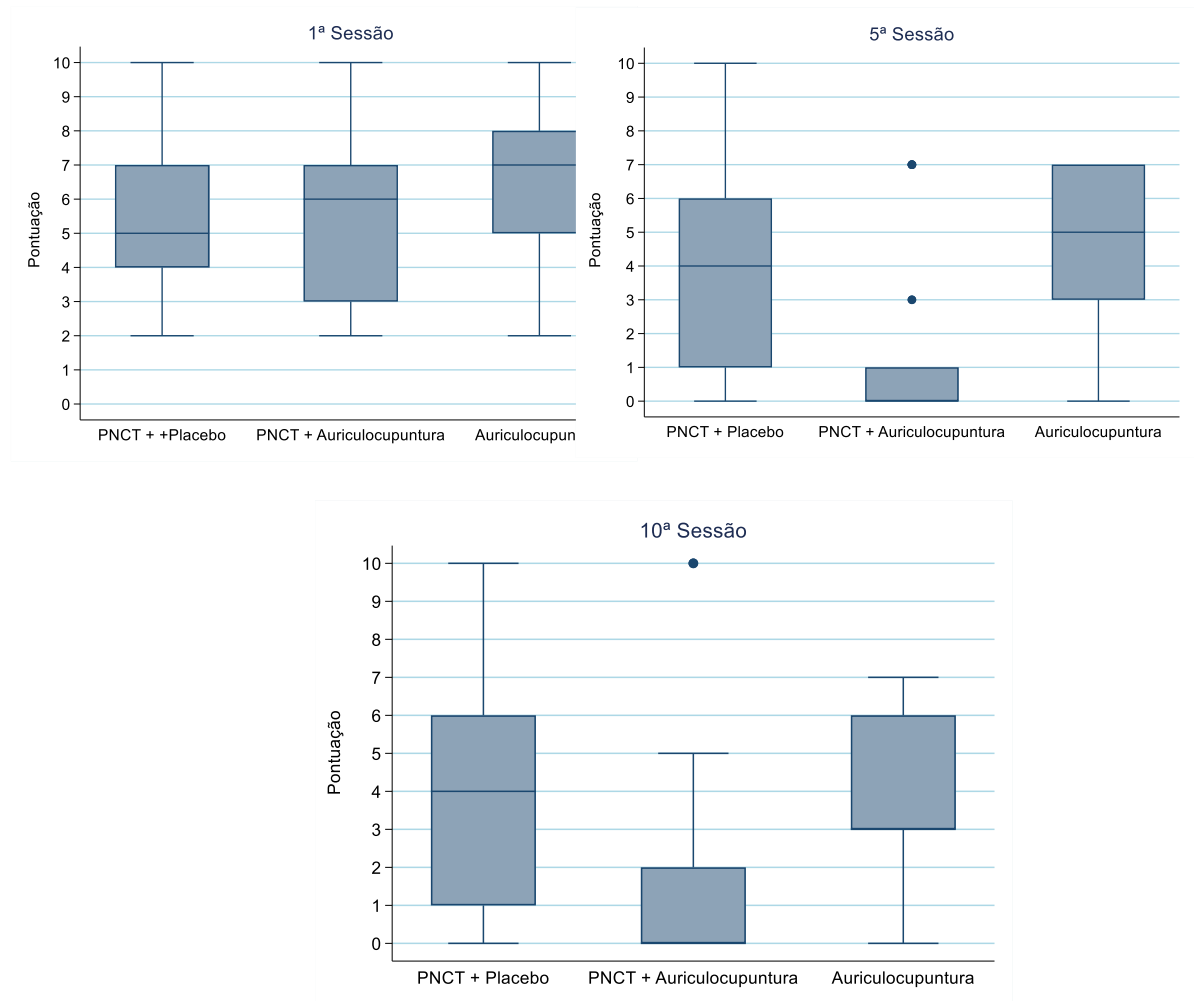
Sabendo que na comparação entre os grupos que receberam a auriculoacupuntura isoladamente e o tratamento do PNCT + Placebo apresentaram resultados semelhantes ($p=0,008$) sendo estatisticamente iguais frente os resultados, pode-se considerar a auriculoacupuntura como uma via de tratamento para o tabagismo, também de forma isolada, ampliando assim o assistencialismo a esses pacientes, visto que hoje ainda é uma realidade a baixa adesão dos municípios ao PNCT.

Na comparação intragrupo, nos três grupos experimentais houve redução significativa quando comparadas as pontuações na avaliação da primeira sessão e após 5 sessões de tratamento, bem como quando comparadas as pontuações na avaliação da primeira sessão e após 10 sessões. Em todos os grupos houve redução no grau de dependência pelo teste de Fagerström após a quinta sessão ($p<0,05$). Porém, nos três grupos, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa quando comparadas as pontuações após 5 sessões e 10 sessões ($p>0,05$).

Desta forma o tratamento já apresentou resultados significativos e efetivos a partir da quinta sessão (tabela 1 e figura 4), o que destaca o quão decisivas e importantes são as primeiras semanas de intervenção. Quando falamos do ponto de vista do bem-estar do paciente adicto, esse fato ganha força e relevância, pois o desconforto inicial do processo de abandono do tabaco é elevado, e a redução dos sintomas de abstinência permitem que as primeiras semanas sem o consumo do tabaco, que são cruciais, sejam mais brandas, desencadeando assim a constância até o abandono por completo. Fato este também destacado nos estudos de Camargo e Corrêa (2019) e Amorim, Prestes e Campos (2022) que aponta

melhora nos sintomas de abstinência em dependentes químicos com auriculoacupuntura usando agulhas, cristais radiônicos e sementes. Além disso, partindo dos resultados da sessão iniciais é possível ter uma previsão do desfecho do tratamento.

Figura 4 – Pontuação do teste de Fagerström nos momentos da primeira, quinta e décima sessão



Fonte: A autora (2024).

Analisando um pouco mais os resultados obtidos por meio do teste de Fagerström, observa-se que na 1ª sessão 46,7% dos pesquisados tinham grau de dependência elevado ou muito elevado no grupo PNCT + placebo, enquanto no grupo de PNCT + auriculoacupuntura o percentual foi de 53,3% e no grupo auriculoacupuntura foi de 63,7%, não havendo diferença significativa quando comparadas as distribuições do nível de dependência entre os grupos. Após 5 sessões, o grupo PNCT + auriculoacupuntura teve percentual de 86,7% de usuários com dependência a nicotina muito baixa ou baixa, bem acima dos encontrados no grupo do PNCT + placebo (53,4%) e auriculoacupuntura (36,4%), tendo diferença significativa em

comparação aos outros dois grupos e apontando mais uma vez a eficiência da auriculoacupuntura em associação ao tratamento para o tabagismo (tabela 2 e figura 5).

Tabela 2 – Classificação do teste de Fagerström nos momentos da primeira, quinta e décima sessão

Grau de dependência	PNCT + Placebo	PNCT + Auriculoacupuntura	Auriculoacupuntura	p-valor (entre grupos)
1ª sessão				0,953
Muito baixa	2 (13,3%)	2 (13,3%)	1 (9,1%)	
Baixa	3 (20,0%)	3 (20,0%)	1 (9,1%)	
Média	3 (20,0%)	2 (13,3%)	2 (18,2%)	
Elevada	6 (40,0%)	5 (33,3%)	4 (36,4%)	
Muito elevada	1 (6,7%)	3 (20,0%)	3 (27,3%)	
5ª sessão				0,021
Muito baixa	4 (26,7%)	12 (80,0%)	2 (18,2%)	
Baixa	4 (26,7%)	1 (6,7%)	2 (18,2%)	
Média	3 (20,0%)	0 (0%)	3 (27,2%)	
Elevada	3 (20,0%)	2 (13,3%)	4 (36,4%)	
Muito elevada	1 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)	
10ª sessão				0,011
Muito baixa	6 (40,0%)	12 (80,0%)	2 (18,2%)	
Baixa	5 (33,3%)	1 (6,7%)	5 (45,4%)	
Média	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (9,1%)	
Elevada	3 (20,0%)	0 (13,3%)	3 (27,3%)	
Muito elevada	1 (6,7%)	1 (6,7%)	0 (0%)	
Comparação intragrupo (p-valor)				
S₁versusS₅	0,250	0,008	0,500	-
S₁versusS₁₀	0,031	0,008	0,062	-
S₅versusS₁₀	0,250	1,000	0,250	-

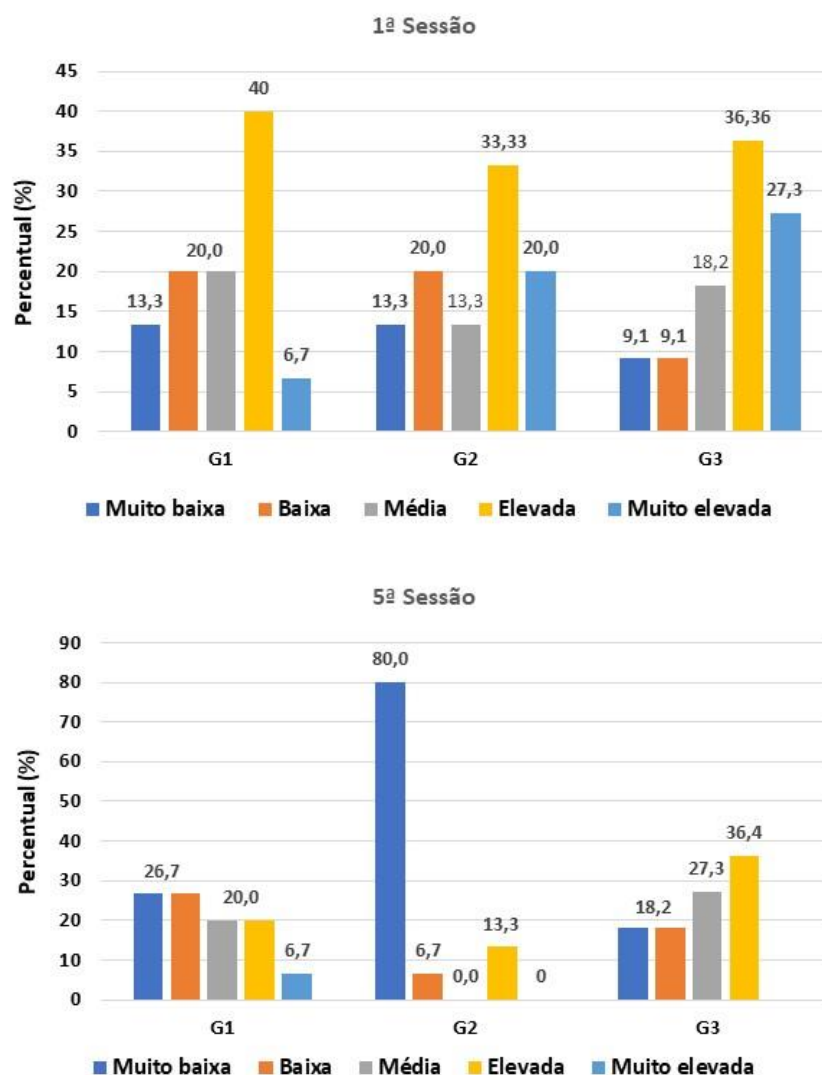
Fonte: A autora (2024).

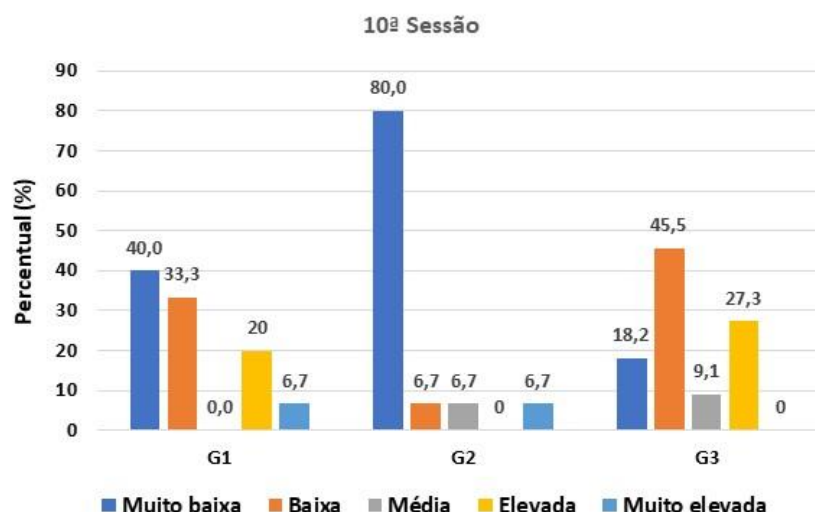
* Mediana (P₂₅ – P₇₅); ** Na comparação entre grupos, letras diferentes se referem a diferença estatística significativa entre os grupos

Observando os resultados destacados na tabela 2 e na figura 5 frente ao grau de dependência a nicotina, fica claro que o grupo que apresentou melhores resultados foi o grupo

de acompanhamento conjunto entre as reuniões do PNCT e a auriculoacupuntura, frente aos demais. Esse resultado demonstra o efeito positivo que a associação de tratamentos complementares e integrativos apresentam no aumento das chances de êxito no tratamento para esses pacientes.

Figura 5 – Pontuação do teste de Fagerström nos momentos da primeira, quinta e décima sessão dos indivíduos submetidos a PNCT + Placebo (G1), PNCT + auriculoacupuntura (G2) e auriculoacupuntura (G3)





Fonte: A autora (2024).

Na 10ª sessão, os resultados permanecem indicando números favoráveis aos indivíduos que foram do grupo PNCT + auriculoacupuntura, com percentual de dependência a nicotina, muito baixa ou baixa de 86,7%, quando comparadas as do grupo e PNCT + placebo (73,3%) e auriculoacupuntura (63,6%), sendo a diferença entre os grupos significativa ($p = 0,011$).

Na comparação intragrupo, houve diferença significativa na comparação entre os resultados da primeira e quinta sessão para o grupo PNCT+auriculoacupuntura ($p=0,008$), assim como na comparação da avaliação na primeira e decima sessão. No grupo PNCT + Placebo houve uma diferença significativa na compração entre os resultados obtidos na primeira e decima sessão ($p=0,031$), tal aqual para o grupo auriculoacupuntura entre não usuários do PNCT (tabela 2 e figura 5). Esta análise nos permite observar que mesmo de forma isolada a auriculoacupuntura apresentou bons resultados, não apresentando a mesma velocidade de resposta que o grupo das terapeuticas associadas, mas resultados semelhantes ao método convencional isolado.

Sabendo que este tipo de comorbidade tem um cunho psicológico e comportamental aauriculoacupuntura pode e deve ser associada a terapeutica ja preconizada pelo ministério da saúde (reuniões com foco cognitivo comportamental, reposição de nicotina e/ou uso de bupropiona), a fim de potencializar os resultados obtidos bem como de oferecer mais conforto os pacientes durante o tratamento, agindo como facilitador do processo.

Tabela 3 – Desfecho do tratamento após 30 dias do final das sessões segundo os grupos experimentais

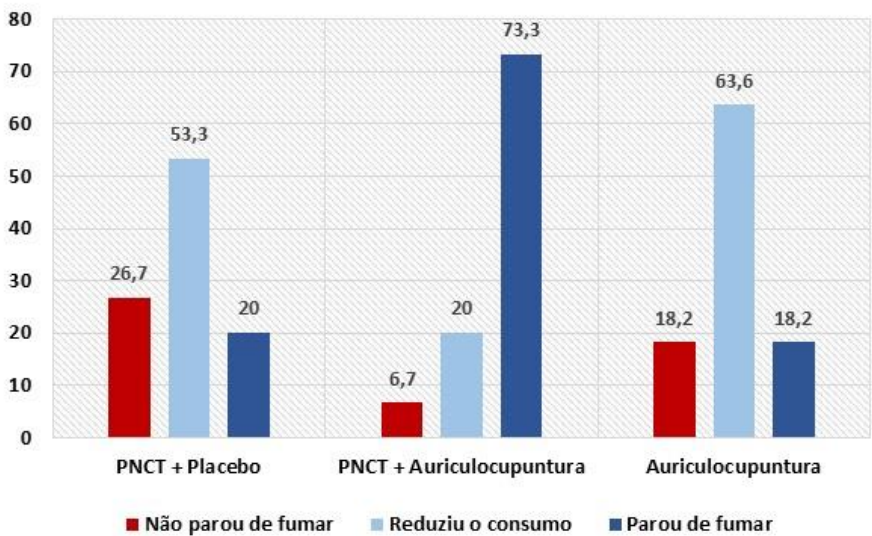
Desfecho do tratamento	PNCT + Placebo	PNCT + Auriculoacupuntura	Auriculoacupuntura
Parou de fumar	3 (20,0%)	11 (73,3%)	2 (18,2%)
Reduziu o consumo	8 (53,3%)	3 (20,0%)	7 (63,6%)
Não parou de fumar	4 (26,7%)	1 (6,7%)	2 (18,2%)

Fonte: A autora (2024).

- * Comparação entre os 3 grupos: **p = 0,015**
- **Comparação entre os grupos PNCT + Placebo versus PNCT + auriculoacupuntura: **p = 0,012**
- ***Comparação entre os grupos PNCT + Placebo versus auriculoacupuntura: **p = 0,870**
- ****Comparação entre os grupos PNCT + auriculoacupuntura versus auriculoacupuntura: **p = 0,015**

Comparando a avaliação do hábito de fumar após 30 dias da última sessão, observa-se que 73,3% dos indivíduos do grupo PNCT + auriculoacupuntura pararam de fumar e 20% reduziram o consumo, onde apenas 1 voluntário pertencente a este grupo não obteve êxito, ou seja, não parou de fumar. Comparando esses dados com os outros grupos, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para ambos. O percentual de sucesso do tratamento (parar de fumar) no grupo PNCT + Placebo foi de 20% e de redução do consumo de 53,3%, enquanto no grupo de não usuários que fizeram apenas a auriculoacupuntura, o percentual de sucesso do tratamento foi de 18,2% e 63,6% reduziram o consumo do cigarro. Entre os grupos PNCT + Placebo e de auriculoacupuntura não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,870$) (Tabela 3).

Figura 6 – Desfecho do tratamento após 30 dias do final das sessões segundo os grupos experimentais



Fonte: A autora (2024).

Quando observamos o desfecho obtido em todos os grupos fica claro que auriculoacupuntura de forma isolada obteve resultados semelhantes ao do grupo que recebia o tratamento convencional do PNCT associado ao placebo (figura 6). Ambos os grupos apresentaram resultados expressivos, quando falamos da redução do consumo do tabaco, com percentual de 63,6% para o grupo que recebeu apenas auriculoacupuntura e de 53,3% para o grupo placebo (tabela 3), o ato da redução do consumo de tabaco já promove uma queda de 15% a 23% do risco de mortalidade desses usuários, principalmente no que diz respeito a problemas cardiovasculares (Gerber *et al.*, 2012; Aubin *et al.*, 2021). No entanto os resultados não foram satisfatórios quando falamos da cessação por completo do uso do tabaco, tendo percentual, igual ou menor que 20%. Isso destaca a efetividade dos bons resultados quando há uma soma de tratamentos/intervenções para esse tipo patologia, que neste estudo apresentou 73,3% de efetividade relacionada a cessação do hábito de fumar já nas primeiras sessões e se mantendo após 30 dias de finalizado o protocolo. Partindo do saber que o tabagismo é uma doença de cunho multifatorial, se justifica as diversas formas de intervenções para a obtenção do êxito, não só limitada a aplicação da auriculoacupuntura como abranger para diversas outras práticas integrativas e complementares como facilitadoras (Gomes; Souza, 2017; Moreira, 2021).

Tabela 4 – Desfecho do tratamento após 30 dias do final das sessões segundo os grupos experimentais

Grupos	Sucesso no tratamento	OR (IC 95%)	p-valor
Auriculoacupuntura	2/11 (18,2%)	Referência	-
PNCT + Placebo	3/15 (20,0%)	1,12 (0,15 – 8,20)	0,908
PNCT + Auriculoacupuntura	11/15 (73,3%)	12,3 (1,83 – 83,8)	0,010

Fonte: A autora (2024).

Considerando sucesso no tratamento o, parar de fumar após 30 dias depois do final das 10 sessões, observa-se que os indivíduos submetidos ao PNCT + auriculoacupuntura tiveram 12,3 vezes mais chance de parar de fumar quando comparado aos indivíduos que não são usuários do PNCT e fizeram auriculoacupuntura. Quando comparados ao grupo PNCT + Placebo, não houve associação significativa ($p = 0,908$).

Após a análise na abordagem quantitativa do teste de Fagerström, observasse um efeito significativo na redução da dependência à nicotina do tratamento do PNCT associado a auriculoacupuntura, quando comparados aos demais, além da necessidade de menos sessões

para o aparecimento de uma efetividade significativa quanto a redução e cessação do consumo do cigarro. Já o tratamento de auriculoacupuntura isoladamente ou o acompanhamento do PNCT com aplicação do placebo, obtiveram resultados semelhantes, no ponto de vista estatístico, na redução da dependência à nicotina a longo prazo, ou quando falamos de manutenção dos resultados.

No estudo em questão foi utilizado o protocolo de auriculoacupuntura com sementes de mostarda, por se tratar de uma ferramenta mais acessível e menos invasiva, quando comparadas as demais disponíveis, como por exemplo o uso de agulhas, sendo assim muito mais aceita pelos usuários e permitindo uma ampla utilização, além de apresentarem um baixo custo com material. No entanto o uso das sementes traz consigo um viés, visto que, os indivíduos necessitam realizar a estimulação dos pontos, para que ela seja efetiva frente ao tratamento. Desta forma fica subentendido que todos os participantes realizaram ao menos três estimulações diárias nos pontos auriculares como instruído antes e durante as sessões de aplicação. Viés este inexistente quando se faz o uso das agulhas como ferramenta, já que a estimulação realizada por elas acontece de forma contínua e independente (Kurebayashi *et al.*, 2012). Sendo assim o protocolo pode ser otimizado de forma a obter resultados ainda mais relevantes com o uso das agulhas, desde que adequada a realidade e ao público em questão.

Dentro das rodas de conversa e diálogos individuais durante as sessões, foram relatados de forma rápida e clara, melhoras significativas no sono e nos sintomas de ansiedade e abstinência, que são justificados pelo uso dos pontos ansiedade e neurastenia, e são citados em diversos outros trabalhos os bons resultados como a auriculoacupuntura frente a melhora das questões emocionais e psicológicas principalmente as já citadas anteriormente (Kurebayashi *et al.*, 2012; Prado *et al.*, 2018; Amorim; Prestes; Campos, 2022; Santos; Garcia, 2023). A redução/melhora desses sintomas facilita o processo, além de melhora na qualidade de vida dos indivíduos durante o processo de abandono ao fumo.

Algumas problemáticas limitantes podem ser apontadas para o presente estudo, tais qual o número de voluntários, situações estas relacionadas as condições do período pandêmico e pós pandêmico, que acarretou na redução do período disponível para captação dos voluntários e aplicação do protocolo. Fato este que torna de suma importância mais estudos na área, com grupos maiores e utilizando outros tipos de protocolo, tendo em vista os bons resultados obtidos frente ao grupo apresentado.

5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Por definição, a educação em saúde vem como um processo de construção do conhecimento, que visa a apropriação do tema por meio do conjunto de práticas que promovam a autonomia dos indivíduos, desenvolvam o autocuidado e contribuam para aumentar o diálogo com profissionais e gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde que atenda suas necessidades, bem como da sua comunidade (BRASIL, 2006). Visando atender e ampliar esse processo foram realizadas 4 intervenções educativas, sendo elas: duas palestras, com as seguintes abordagens: “Auriculoacupuntura e seus benefícios”, e “As implicações do tabagismo a saúde”; uma roda de conversa sobre as Práticas integrativas e complementares em saúde; e uma oficina, voltada a produção de escalda pés e ao uso de óleos essenciais.

A roda de conversa sobre auriculoacupuntura abordou temas como: o que é a prática em si, sua origem, os benefícios para os usuários, suas diferentes variações, dúvidas e curiosidades sobre a aplicação da técnica. Enquanto na palestra sobre as implicações do tabagismo na saúde, que foi realizada em conjunto com os profissionais do município (enfermeiras e técnicas de enfermagem), se abordou a estreita relação entre o hábito de fumar e as doenças cardiovasculares; sendo também ofertadas, aferição da pressão arterial e glicose, associadas a orientações de saúde.

Figura 7 – Intervenções educativas: Palestra sobre auriculoacupuntura e demonstração prática da técnica



Fonte: A autora (2023).

Figura 8 – Intervenções educativas: Palestra sobre as implicações do tabagismo na saúde



Fonte: A autora (2023).

A roda de conversa sobre as práticas integrativas e complementares contou como participantes, os voluntários do estudo e alguns profissionais de saúde do município que apresentaram disponibilidade e interesse em desenvolver esse conhecimento. Neste momento de interação foram abordadas as diferentes e numerosas práticas disponíveis no SUS, as dificuldades de acesso a elas, e onde encontrá-las na rede pública de saúde. Cada um pode falar um pouco sobre suas experiências com as terapias complementares, além explorar e compartilhar os saberes populares.

A presença e participação dos profissionais de saúde atuantes no município durante as ações, se mostrou relevante para a ampliação e difusão desses conhecimentos, que por inúmeras vezes são negligenciados, além da promoção do interesse e estímulo em buscar pela capacitação na área, para atender a demanda que muitas vezes surge ou se torna maior após esse tipo de intervenção.

De forma mais prática foi realizada a oficina de produção de escalda pés, que por sua vez é estreitamente associada a reflexologia podal, e a de óleos essenciais. Cada participante pode produzir seu próprio escalda pés e um blend de óleos essenciais para uso em suas residências, levando e difundindo esses conhecimentos dentro de suas famílias e comunidade, e reproduzindo a importância de outros tipos de terapêutica, além das medicamentosas, para o bem-estar e desenvolvendo da promoção do autocuidado.

Figura 9 – Roda de conversa sobre Práticas integrativas e complementares



Fonte: A autora (2023).

Figura 10 – Oficina de produção de escalda pés e óleos essenciais



Fonte: A autora (2023).

A difusão das diferentes políticas públicas em saúde, por meio de ações educativas, se faz necessária, para que a população conheça as inúmeras terapêuticas que a elas são ofertadas pelo SUS. As palestras e rodas de conversas desenvolvidas foram focadas justamente em permitir que esse conhecimento, sobre as diferentes formas de cuidado e tratamentos existentes, atingissem o máximo de pessoas possíveis, para que eles atuassem como difusores desenvolvendo uma teia de conhecimento. Esse tipo de ação auxilia para que a população conheça, compreenda, busque e exija todo tipo de tratamento ofertado pelo serviço público de forma consciente, aproximando profissionais e usuários em uma abordagem mais integrativa.

As ações voltadas para a educação em saúde se mostram eficientes em diferentes circunstâncias, mas principalmente quando falamos em casos de adicção, já que além de promover esclarecimentos sobre os impactos dos hábitos danosos, permite um espaço de troca e escuta, que é de suma importância para o abandono dos hábitos danosos, com pode ser observado no estudo de Cassol e colaboradores (2012).

6. CONCLUSÃO

A auriculoacupuntura demonstrou-se eficaz frente ao tratamento do tabagismo, obtendo os melhores resultados quando associada ao tratamento convencional preconizado pelo ministério da saúde (que conta com reuniões, com foco cognitivo comportamental, uso de adesivo repositor de nicotina e/ou uso de medicação psicotrópica), agindo como uma ferramenta simples e de baixo custo que gera bons resultados e que quando utilizada aumenta as chances de êxito do tratamento, o que a longo prazo reduz os custos do setor público devido a complicações relacionadas ao hábito de fumar. De forma geral os maiores impactos positivos que foram destacados pelos usuários foram os benefícios ligados ao sono, ansiedade e redução do estresse.

Além disso a auriculoacupuntura de forma isolada apresentou resultados semelhantes ao tratamento convencional, também de forma isolada, apontando a mesma como uma boa alternativa de tratamento em municípios/espacos onde o programa não é ofertado de forma efetiva, sendo assim uma alternativa de baixo, fácil aceitabilidade e boa efetividade frente ao tabagismo.

Sabendo que atualmente a comorbidade por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as relacionadas ao sistema cardiovascular, tem apresentado um aumento assustador, resultando em gastos exorbitantes no setor de saúde pública, ações preventivas são de grande valia e se reverterem através da redução dos gastos do setor público. Sendo o tabagismo um fator de agravo para essas patologias, ações capazes de reduzir e prevenir os danos relacionados ao consumo do tabaco, geram impactos positivos tanto na saúde dos fumantes e suas famílias, quanto também refletem benefícios para a redução de gastos na saúde pública.

A auriculoacupuntura apresenta boa repercussão em forma de tratamento e/ou prevenção de agravos, é uma técnicas de baixo custo, mas que necessita de mão de obra especializada. Ações de educação e saúde como as desenvolvidas no estudo, promovem e difundem esse tipo de conhecimento, influenciando e mobilizando profissionais de saúde dentro dos próprios serviços, pra que os mesmo se capacitem e se tornem aptos a sua aplicação, visto que, por participarem e vivenciarem os benefícios se sentem impulsionados a buscar formação e dar continuidade os atendimentos, contribuindo e compartilhando acerca do tema, e permitindo uma ampliação do olhar para cuidado ao usuário pelo setor público e pela própria comunidade.

Por fim, torna-se interessante pesquisas futuras que possibilitem um maior tempo de

acompanhamento dos usuários, e que consigam utilizar outras ferramentas, além das sementes a fim de verificar qual delas apresenta maior eficiência (seja agulhas, esferas metálicas, cristais ou ímãs) e os possíveis viés atrelados a essas diferentes matérias, que são responsáveis pela estimulação dos pontos no pavilhão auricular. Além do incentivo a utilização de outras PICS no cuidado a pacientes tabagistas contribuindo com a integralidade do cuidado e possibilitando práticas menos invasivas, que melhoram a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALIMI, D.; CHELLY, J. E. New universal nomenclature in auriculotherapy. **Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)**, 2018. v. 24, n. 1, p. 7–14. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28832182/>>.
- AMORIM, D. P.; PRESTES, L. I. N.; CAMPOS, T. R. L. Uso da auriculoterapia no cuidado e tratamento dos usuários de substâncias psicoativas admitidos no acolhimento integral do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas (caps ad iii) e palmas tocantins: relato de experiência. **Humanidades & Inovação**, 2022. v. 9, n. 17, p. 360–371.
- ARTIOLI, D. P.; TAVARES, A. L. De F.; BERTOLINI, G. R. F. Auriculotherapy: neurophysiology, points to choose, indications and results on musculoskeletal pain conditions: a systematic review of reviews. **Brazilian Journal Of Pain**, 2019. v. 2, n. 4, p. 356–361.
- AUBIN, H.-J. *et al.* Association of smoking reduction and mortality: protocol for a systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. **BMJ open**, 2021. v. 11, n. 1, p. e039483. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33472771/>>. Acesso em: 23 abr. 2024.
- BERNARDO-FILHO, M. *et al.* The mechanism of auriculotherapy: A case report based on the fractal structure of meridian system. **African journal of traditional, complementary, and alternative medicines**, 2014. v. 11, n. 3, p. 30.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT). Tabagismo e saúde: informação para profissionais de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022 Brasília: MS; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: fatores de proteção e de risco de câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. The male genre and health care: the experience of men at a health center. **Escola Anna Nery**, 2014. v. 18, n. 4, p. 722–727..

CAMARGOS, G. L.; CORRÊA, A. A. M. O uso da auriculoacupuntura no tratamento da dependência química. **Bases conceituais da saúde** 4. [S.l.]: Antonella Carvalho de Oliveira, 2019, p. 87–103.

CASSOL, A. Gestão da qualidade na educação. **E-Tech: Tecnologias para competitividade industrial, Florianópolis, nº especial**. [S.l.]: [s.n.], 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Health Effects of Cigarette Smoking**. Disponível em:
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/ef. Access in: 27 Fev. 2023

CHANG, S. The meridian system and mechanism of acupuncture—A comparative review. Part 1: The meridian system. **Taiwanese journal of obstetrics & gynecology**, 2012. v. 51, n. 4, p. 506–514. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23276552/>>. Acesso em: 23 abr. 2024.

CHEN, L. *et al.* The efficacy and safety of auriculotherapy for weight loss: A systematic review and meta-analysis. **European journal of integrative medicine**, 2022. v. 49, n. 101402, p. 101402.

CONTIM, C. L. V.; SANTO, F. H. Do E.; MORETTO, I. G. Aplicabilidade da auriculoterapia em pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, 2020. v. 54. Disponível em:
 <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qF9vNpQff4GV8vbKXxnVnBC/?format=pdf>>.

Country factsheets. **Tobacco Atlas**, [s.d.]. Disponível em:
 <<https://tobaccoatlas.org/factsheets/>>. Acesso em: 13 de nov de 2023

CRESPO, A. M. C. *et al.* Auriculoterapia en el síndrome ansioso depresivo a nivel neurótico. **Revista Información Científica**, 2018. v. 97, n. 2, p. 225–234. Disponível em:
 <<http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1772/3582>>. Acesso em: 23 abr. 2024.

FAGERSTRÖM, K. O.; SCHNEIDER, N.G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **J Behav Med**. 1989;12(2):159-182.

FREITAG, V. L. *et al.*. A terapia do reiki na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, 2018. v. 10, n.1, p. 248-253.

FUNG, F. Y.; LINN, Y. C. Developing traditional Chinese Medicine in the era of evidence-based medicine: Current evidences and challenges. **Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM**, 2015. v. 2015, p. 1–9. Disponível em:
 <<https://www.hindawi.com/journals/ecam/2015/425037/>>.

GALLO, V. *et al.* Exploring causality of the association between smoking and Parkinson's disease. **International journal of epidemiology**, 2018. v. 48, n. 3. Disponível em:
 <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30462234/>>. Acesso em: 23 abr. 2024.

GARCIA E. G. Auriculoterapia. São Paulo. Ed roca, 1999 VOL 1.

GERBER, Y.; MYERS, V.; GOLDBOURT, U. Smoking reduction at midlife and lifetime mortality risk in men: A prospective cohort study. **American journal of epidemiology**, 2012. v. 175, n. 10, p. 1006–1012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22306566/>>.

GOMES, J. O.; SOUZA, A. A. D. E. Uso de reiki e auriculoterapia no tratamento de depressão e ansiedade: um estudo de caso. [s.l.]: 2017. disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/congrecpics/2017/TRABALHO_EV076_MD4_SA4_ID510_04092017231953.pdf>.

GRACIOLI, J. C. *et al.* Strategies used by nurses in the functional readjustment of nursing workers. **REME**, 2017. v. 21. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170040>>.

HALTY, L. S. *et al.*, Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J Pneumol**, 2002. v. 28, n.4, p.180-6.

HUGHES, R.; DAVIES, G. R. Predicting progression to treatment using the Fagerström score in a free NHS smoking cessation programme. **The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease**, 2019. v. 23, n. 5, p. 606–611. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.18.0532>>.

INCA. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Pesquisa especial de tabagismo (PETab): Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INCA. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INCA. Prevalência do tabagismo. **Instituto Nacional de Câncer - INCA**, [s.d.]. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>

INSTITUTO DE EFETIVIDADE CLÍNICA E SANITÁRIA. **A importância de aumentar os impostos do tabaco no Brasil**. PALACIOS, A. *et al.*, 2020, Buenos Aires, Argentina. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco. Acesso em: 14 mai. 2023.

JOLY, D. J. El hábito de fumar cigarrillos en America Latina. Una encuesta en ocho ciudades. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);79(2),ago. 1975**, 1975. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/17594>>. Acesso em: 02 abr. 2023.

KASOTE, D. M. *et al.* Herbal remedies for urinary stones used in India and China: A review. **Journal of ethnopharmacology**, 2017. v. 203, p. 55–68. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jep.2017.03.038>>.

KONDO, T. *et al.* Effects of tobacco smoking on cardiovascular disease. **Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society**, 2019. v. 83, n. 10, p. 1980–

1985. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31462607/>>. Acesso em: 13 dez. 2023.

KORELO, R. I. G. *et al.* Effects of Auriculotherapy on treatment of women with premenstrual syndrome symptoms: A randomized, placebo-controlled clinical trial. **Complementary therapies in medicine**, 2022. v. 66, n. 102816, p. 102816. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35167949/>>. Acesso em: 10 jan. 2024.

KUREBAYASHI, L. F. S. *et al.* Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, 2012. v. 46, n. 1, p. 89–95. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22441270/>>. Acesso em: 02 jan. 2024.

KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. Auriculoterapia Chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, 2015. v. 68, n. 1, p. 117–123. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/p4X7RssSTFSpCgwDK5TZsvR/?format=pdf>>.

LIU, Y. *et al.* Dysregulation of immunity by cigarette smoking promotes inflammation and cancer: A review. **Environmental pollution (Barking, Essex: 1987)**, 2023. v. 339, n. 122730, p. 122730.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis. 2012. p. 15-24.

MALTA, D. C.; MACHADO, I. E.; FELISBINO-MENDES, M. S. Use of psychoactive substances among Brazilian adolescents and associated factors: National School-based Health Survey, 2015. **Rev Bras Epidemiol**, 2015. n. 21.

MEIRELLES, R. H. S. EDITORIAL: Os avanços do controle do tabagismo no Brasil. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, 2023. v. 33, p. e33SP100. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/qqgbNpPFQkmJZYhT4pPsh4s/?lang=pt>>.

MILLER, M. C. Complementary and integrative medicine. **Otolaryngologic clinics of North America**, 2022. v. 55, n. 5, p. 891–898. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2022.06.015>>.

MORAIS, É. A. H. De *et al.* Fatores individuais e contextuais associados ao tabagismo em adultos jovens brasileiros. **Ciencia & saude coletiva**, 2022. v. 27, n. 6, p. 2349–2362. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n6/2349-2362/>>.

MOREIRA, A. L. M. **Homeopatia no tratamento do tabagismo: uma revisão bibliográfica**. Brasília: Universidade de Brasília, 2021.

NI, J. *et al.*, 38 (5) (2018). Eficácia e segurança da sangria de pontos de acupuntura auricular no tratamento da insônia: um ensaio piloto randomizado e controlado com avaliador. **J. Tradição. Queixo. Med.**, 2018. v. 5, p. 38.

OLESON, T. **Auriculotherapy manual: Chinese and western systems of ear acupuncture**. 4. ed. Londres, England: Churchill Livingstone, 2013.

PRADO, J. M. Do; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, Maria Julia Paes Da. Auriculoterapia verdadeira e placebo para enfermeiros estressados: ensaio clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, 2018. v. 52, n. 0. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017030403334>>.

RAMOTOWSKI, B. *et al.* Smoking and cardiovascular diseases – is there more paradox than expected? **Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej**, 2019. v. 129, n. 10. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31418753/>>. Acesso em: 23 abr. 2024.

ROMERO, L. C.; SILVA, V. L. Da C. E. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2011. v. 57, n. 3, p. 305–314. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/659>>. Acesso em: 23 abr. 2024.

ROUND, R.; LITSCHER, G.; BAHR, F. Auricular acupuncture with laser. **Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM**, 2013. v. 2013, p. 1–22. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23935695/>>. Acesso em: 23 abr. 2024.

SANTOS, P. A. DOS; GARCIA, W. T. Relato de experiência - práticas integrativas e farmacológicas associado a auriculoterapia no grupo de tabagismo. **Anais de Eventos Científicos CEJAM**, 2023. v. 9. Disponível em: <<https://evento.cejam.org.br/index.php/AECC/article/view/148>>. Acesso em: 23 abr. 2024.

SARMAN, A.; UZUNTARLA, Y. Attitudes of healthcare workers towards complementary and alternative medicine practices: A cross-sectional study in Turkey. **European journal of integrative medicine**, 2022. v. 49, n. 102096, p. 102096. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.eujim.2021.102096>>.

SCHERÜBL, H. Tabakrauchen und Krebsrisiko. **Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)**, 2021. v. 146, n. 06, p. 412–417. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33735927/>>.

SIDDIQI, K. *et al.* Global burden of disease due to smokeless tobacco consumption in adults: an updated analysis of data from 127 countries. **BMC medicine**, 2020. v. 18, n. 1. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32782007/>>.

SILVA, F. C. DA; SANTOS RICARDI, E. DOS. Uso terapêutico de antidepressivos no abuso de substâncias psicoativas. **Revista Científica Unilago**, 2021. v. 1, n. 1. Disponível em: <<https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/593>>.

SOUSA, I. M. C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.

TAKAYAMA, S.; IWASAKI, K. Systematic review of traditional Chinese medicine for geriatrics. **Geriatrics & gerontology international**, 2017. v. 17, n. 5, p. 679–688. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27273639/>>.

TANGKIATKUMJAI, M.; BOARDMAN, H.; WALKER, D.-M. Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: a systematic

review. **BMC complementary medicine and therapies**, 2020. v. 20, n. 1. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33228697/>>.

TEIXEIRA, D. B. S. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista cubana de enfermagem**, 2016. v. 32, n. 4. Disponível em: <<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985/209>>.

VIEGAS, C. A. De A. Formas não habituais de uso do tabaco. **Jornal brasileiro de pneumologia: publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**, 2008. v. 34, n. 12, p. 1069–1073. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/JntqsDPZFrmLJWLJDCTL79b/>>.

VIEIRA, A. *et al.* Is auriculotherapy effective and safe for the treatment of anxiety disorders? – A systematic review and meta-analysis. **European journal of integrative medicine**, 2022. v. 54, n. 102157, p. 102157. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102157>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. MPOWER: um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo. 2008. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/doc/dcnt/2008_mpower_vigilancia_tabagismo_completo.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases 11th Revision**. The global standard for diagnostic health information. Available at: <https://icd.who.int/en>. Access in: 11 Mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco. 2021. Disponível em: Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases 11th Revision. 2022. The global standard for diagnostic health information. Disponível em: <https://icd.who.int/en>.

YUE, S.-W. *et al.* Effect of auriculotherapy on nausea and vomiting during pregnancy: A systematic review. **European journal of integrative medicine**, 2022. v. 53, n. 102130, p. 102130. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102130>>.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE FARGESTROM

1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?
 - Dentro de 5 minutos (3)
 - 6-30 minutos (2)
 - 31-60 minutos (1)
 - Depois de 60 minutos (0)
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)?
 - Sim (1)
 - Não (0)
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 - O primeiro da manhã (1)
 - Outros (0)
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 - Menos de 10 (0)
 - De 11 a 20 (1)
 - De 21 a 30 (2)
 - Mais de 31 (3)
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
 - Sim (1)
 - Não (0)
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?
 - Sim (1)
 - Não (0)

Resultado: Avaliação do resultado

Dependência (soma dos pontos):

- 0-2: muito baixa
- 3-4: baixa
- 5: média
- 6-7: elevada
- 8-10: muito elevada