

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**EFEITOS DA ACUPUNTURA NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA A SAÚDE (QVRS) NA DOR CRÔNICA EM  
AMBULATÓRIO DA REDE PÚBLICA, FLORIANÓPOLIS**

**MARYANGELA LOPES DARELLA**

**Florianópolis**

**2000**



Serviço Público Federal  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós Graduação em Saúde Pública

## TÍTULO

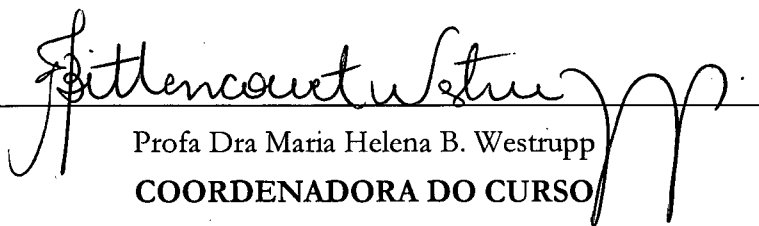
**"EFEITOS DA ACUPUNTURA NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA A SAÚDE (QVRS) NA DOR CRÔNICA EM  
AMBULATÓRIO DA REDE PÚBLICA, FLORIANÓPOLIS"**

**AUTORA:** Maryangela Lopes Darella

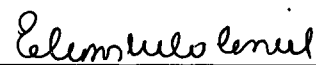
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO  
DE:

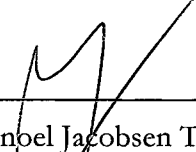
**MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

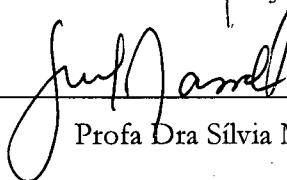
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

  
\_\_\_\_\_  
Profa Dra Maria Helena B. Westrupp  
COORDENADORA DO CURSO

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Profa Dra Eleonor Minho Conill

  
\_\_\_\_\_  
Prof Dr Manoel Jacobsen Teixeira

  
\_\_\_\_\_  
Profa Dra Sílvia Modesto Nassar

MARYANGELA LOPES DARELLA

**EFEITOS DA ACUPUNTURA NA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA A SAÚDE (QVRS) NA DOR CRÔNICA EM  
AMBULATÓRIO DA REDE PÚBLICA, FLORIANÓPOLIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação  
em Saúde Pública na área de concentração:  
Epidemiologia, do Departamento de Saúde Pública  
da Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dra. Eleonor Minho Conill

Florianópolis

2000

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo as pacientes que tornaram possível sua realização.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- A Prof. Dra. Eleonora M. Conill que soube ensinar e guiar os rumos desta pesquisa, mas principalmente pela liberdade e confiança com que conduziu esta orientação.
- Ao colega e amigo Dr. Li Shih Min pelo papel de advogado do diabo desempenhado nesta caminhada, mas sobretudo pelo “despertar do gosto” pela pesquisa.
- Ao Padre Mira pela grande ajuda prestada na obtenção da primeira versão completa da escala NHP.
- A Prof. Dra. Silvia Nassar pelo carinho e paciência com que realizou a análise estatística dos dados.
- Ao Prof. Dr. Jordi Alonso por ter gentilmente fornecido a escala *NHP*, sem a qual este estudo não poderia ter sido realizado.
- Ao meu filho Felipe pelos socorros prestados no manejo do computador, mas principalmente pôr existir.

## **AGRADECIMENTOS**

- A Jorge E. H. Gasman pelo estímulo, compreensão e companheirismo demonstrado ao longo desta caminhada.
- À minha mãe pelo exemplo de força e garra que se deve ter na vida para que as metas possam ser alcançadas. E sobretudo pela compreensão do abandono gerado neste período.
- Aos meus irmãos Emanuel, Sergio e Wilson e minhas cunhadas Doro, Cisa e Lia pela compreensão da ausência deste período e pelo apoio dado.
- Aos meus sobrinhos pela doce alegria da adolescência.
- Ao amigo Otávio que com seu otimismo e carinho transmitiu muita tranquilidade.
- A Bernadete companheira de trabalho da Prefeitura, pela sua alegria, descontração e apoio no período de produção e coleta dos dados.
- A amiga Luíza que soube compreender muito bem a essência de uma mestranda.
- A equipe do Instituto de Pesquisa e Ensino de Medicina Tradicional Chinesa pelo apoio no fornecimento de material utilizado para esta dissertação.
- A Pós-graduação de Saúde Pública pela oportunidade de educação continuada.
- Aos colegas do mestrado pelas horas de angústia e alegria compartilhadas, especialmente nos seminários de dissertação.

- Aos alunos do Instituto de Pesquisa e Ensino de Medicina Tradicional Chinesa pela compreensão do abandono relativo das atividades teórico-prática dos últimos meses.
- Aos colegas da Diretoria da Sociedade Médica de Acupuntura de Santa Catarina pela compreensão da ausência nas lutas fundamentais da categoria neste período final.
- Ao amigo Dr Tadeu Paiva pelas pacientes encaminhadas.

## RESUMO

Dor crônica afeta 30% da população e seu controle ainda não é satisfatório. Na Medicina Tradicional Chinesa/MTC a dor pode ser identificada como Síndrome de Obstrução Dolorosa. É importante ressaltar o entendimento análogo da dor crônica entre MTC e a medicina ocidental atual. A avaliação da dor crônica e seu tratamento encontra dificuldade metodológica de difícil resolução no modelo biomédico. E esta dificuldade é acentuada quando se utiliza a Acupuntura. A avaliação da QVRS pode amenizar o impasse desta avaliação. De março a dezembro de 1999, avaliaram-se 61 pacientes, de sexo feminino, com dor crônica que se submeteram à Acupuntura, no Centro de Saúde de Florianópolis. Além do levantamento do perfil social foi empregado o método "antes e depois" para avaliar o resultado do tratamento. A principal localização da dor foi a região lombar e a cervical. Utilizaram-se *VAS* para avaliar a intensidade da dor e *NHP* para a QVRS. Foi obtida a média das diferenças de *VAS* de 6,2 ( $p < 0,00001$ ). A dimensão Dor de *NHP* apresentou uma diferença de 58,2 pontos ( $p < 0,00001$ ). As diferenças dos escores das outras dimensões, do total e das atividades de vida diária de *NHP* também foram significativas. Com o tratamento observou-se redução do uso diário de medicamentos em 77,5% das pacientes e o retorno ao trabalho foi de 99,8%. Mesmo levando em consideração os possíveis vieses no delineamento e execução do trabalho pode-se inferir que a Acupuntura alivia a dor e melhora a percepção da QVRS nestas pacientes.



## ABSTRACT

Chronic benign pain affects 30% of the population, and its control is still not satisfactory. In Traditional Chinese Medicine/TCM the pain may be identified as Obstructive Pain Syndrome. It is important to stick out the analog understanding between TCM and present western medicine. The evaluation of chronic pain and its treatment face methodological problems that is difficult to be solved in biomedical model. And this difficulty is worse with acupuncture. The HRQOL assessment may reduce the evaluation impasse. From March to December, 1999, 61 female patients with chronic benign pain were treated with acupuncture in primary care facility in Florianópolis. Beside the social profile analysis, the "before-and-after" method was used to evaluate the treatment results by acupuncture. The main pain localization was lower back and neck. The VAS was used to assess pain intensity and NHP was used to assess HRQOL. The VAS differences mean was 6.2 ( $p < 0.00001$ ). The Pain dimension of NHP showed a difference of 58.2 ( $p < 0.00001$ ). The differences of other scores, the total and those of daily activities of NHP were significant too. With the treatment, the daily drugs use reduced in 77.5% of patient, and the return to work were in 99.7% of patients. Even those possible bias were considered during the design and execution of this research, it could infer that the acupuncture reduces the pain intensity and improve the patients perception of HRQOL.

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas .....	x
Lista de Quadros .....	xi
Lista de Figuras .....	xii
Lista de Abreviaturas .....	xiii
<b>Apresentação .....</b>	<b>01</b>
<b>Capítulo I – Delimitação do problema do estudo: Acupuntura; dor crônica; avaliação e qualidade de vida relacionada a saúde .....</b>	<b>07</b>
1.1 – Medicina Tradicional Chinesa: Noções Gerais sobre Acupuntura .....	08
<i>Yin e Yang</i> .....	11
Cinco Elementos .....	15
<i>Qi</i> .....	18
Teoria dos Órgãos e Visceras .....	19
Teoria Geral dos Meridianos .....	20
Síndrome de Obstrução Dolorosa .....	23
Princípios de Tratamento .....	24
1.2 – Conceituação e Problemática da Síndrome de Dor Crônica .....	26
1.3 – Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Metodologias .....	35
1.4 – Dimensões e Instrumentos na Avaliação da QVRS .....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do número das pacientes por motivo de abandono do Tratamento com Acupuntura	85
Tabela 2	Distribuição do número e percentagem das pacientes segundo escolaridade	86
Tabela 3	Distribuição do número e percentagem das pacientes segundo a localização da queixa principal dolorosa	87
Tabela 4	Distribuição da frequência e percentagem das pacientes segundo o número de comorbidades dolorosas	88
Tabela 5	Escore da <i>VAS</i> antes e depois do tratamento com Acupuntura	90
Tabela 6	Relação entre a queixa principal dolorosa e a intensidade da <i>VAS</i>	91
Tabela 7	Intensidade da <i>VAS</i> dos diferentes números de locais com dor	91
Tabela 8	Valores das dimensões e do total da primeira parte do <i>NHP</i> antes e depois do tratamento com Acupuntura nas pacientes com dor crônica	93
Tabela 9	Distribuição das pacientes que declararam ter limitações em suas atividades de vida diária pela dor crônica, antes e depois do tratamento de Acupuntura (segunda parte do <i>NHP</i> )	95
Tabela 10	Relações entre o <i>NHP</i> e as diferentes localizações da queixa principal dolorosa	96
Tabela 11	Relação entre os escores do <i>NHP</i> e o número de comorbidades dolorosas antes e depois do tratamento com Acupuntura	98

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Correspondência dos Cinco Elementos com situações do cotidiano	16
Quadro 2	Correspondência entre os Cinco Elementos e o corpo humano	17
Quadro 3	Tipos e padrões clínicos de Obstrução dolorosa para a MTC com seus sinais e sintomas	24
Quadro 4	Conceitos e dimensões de QVRS segundo Patrick e Ericson (1993)	48
Quadro 5	Síntese dos conceitos de QVRS e suas dimensões	58
Quadro 6	Operacionalização das variáveis de identificação sócio-econômica das pacientes	73
Quadro 7	Operacionalização das variáveis de caracterização da dor crônica	74
Quadro 8	Operacionalização das variáveis de QVRS da parte I da escala <i>NHP</i>	77
Quadro 9	Operacionalização das variáveis de QVRS da parte II da escala <i>NHP</i>	78

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Diferença dos escores da *VAS* antes e depois do tratamento com 90  
Acupuntura
- Figura 2 Valores da soma total da primeira parte do *NHP* antes e depois do 94  
tratamento com Acupuntura em pacientes com dor crônica
- Figura 3 Comparação dos valores do *NHP* das diferentes localizações da queixa 97  
principal dolorosa
- Figura 4 Relação entre a idade das pacientes com a diferença dos escores da 99  
*VAS*
- Figura 5 Relação entre a idade das pacientes com a diferença A/D do valor total 100  
do *NHP*
- Figura 6 Relação do tempo de dor crônica e a diferença do valor total A/D do 101  
*NHP*
- Figura 7 Relação entre a diferença do *NHP* e a diferença da *VAS* 102

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>Abrasco</b>	<b>Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva</b>
<b>CNS</b>	<b>Conselho Nacional de Saúde</b>
<b>EQVF</b>	<b>Escala de Qualidade de Vida de Flanagan</b>
<i>HAD</i>	<i>Hospital Anxiety and Depression scale</i>
<i>IASP</i>	<i>International Association for the Study of Pain</i>
<b>Ipe/MTC</b>	<b>Instituto de Pesquisa e Ensino de Medicina Tradicional Chinesa</b>
<i>MHIQ</i>	<i>MacMaster Health Index Questionnaire</i>
<b>MTC</b>	<b>Medicina Tradicional Chinesa</b>
<i>NHP</i>	<i>Nottingham Health Profile</i>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial da Saúde</b>
<i>PGWB</i>	<i>Psychological General Well-Being Scale</i>
<b>PMF</b>	<b>Prefeitura Municipal de Florianópolis</b>
<b>QVRS</b>	<b>Qualidade de Vida Relacionada à Saúde</b>
<i>QWB</i>	<i>Quality of Well-Being Scale</i>
<i>SF- 36</i>	<i>Medical Outcome Study Short Form</i>
<i>SKP</i>	<i>Sickness Impact Profile</i>
<b>SM</b>	<b>Salário mínimo</b>
<b>SOMA/SC</b>	<b>Sociedade Médica de Acupuntura de Santa Catarina</b>
<b>SSDS</b>	<b>Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social</b>
<b>UFSC</b>	<b>Universidade Federal de Santa Catarina</b>
<i>VAS</i>	<i>Visual Analogue Scale</i>
<i>WHOQOL</i>	<i>Group World Health Organization Quality of Life</i>

## **APRESENTAÇÃO**

“ A dor é a miséria perfeita,

O pior dos demônios,

E, quando excessiva,

esgota toda a paciência”.

Milton, em *Paradise Lost*.

O ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis (SSDS/PMF) foi implantado em 1990 em parceria com a Sociedade Médica de Acupuntura de Santa Catarina (SOMA/SC) com o objetivo inicial de prestar assistência, com esta terapêutica, aos pacientes que apresentavam dor aguda ou crônica. O serviço teve grande aceitação por parte da comunidade e sua demanda tornou-se rapidamente reprimida. Durante o período do tratamento alguns depoimentos espontâneos repetiam-se muitas vezes “..a dor que eu tinha melhorou, não passou totalmente, mas minha vida mudou..” ou “..não sei o que seria de mim se não fosse este tratamento com Acupuntura.”, entre outros. Estes depoimentos espontâneos sugeriam que o tratamento com Acupuntura aparentemente modificava alguma “coisa” na vida das pessoas, surgindo, então, a pergunta: que mudanças seriam estas? Seriam apenas no nível físico? Ou também no psíquico ou no social? Qual mecanismo de ação desta técnica terapêutica milenar seria capaz de produzir estes resultados? Já se conhece parte de seus efeitos no tratamento da dor crônica por sua ação neuroimunomoduladora, todavia muitas outras perguntas que intrigam pesquisadores em Acupuntura do mundo inteiro continuam sem respostas. Indubitavelmente, o que nos intrigava, porém eram tais relatos dos pacientes, apontando para a necessidade de uma avaliação abrangente desta questão.

A dor crônica compromete diferentes níveis da vida do indivíduo. Estes níveis são o físico (dor, perda da mobilidade, desconforto, sensação de mal estar), o psíquico (insônia, depressão, irritabilidade, etc.) e o social (isolamento, falta ao trabalho, incapacidade para as atividades da vida diária, entre outros). Este grau de comprometimento é tão perverso na vida das pessoas que pesquisadores da dor



crônica, tais como Bonica (1990) caracterizam-na como uma doença e não simplesmente como a presença de um sintoma doloroso. Estudos da dor crônica mostram tratar-se de uma doença prevalente em 30% da população em geral (Berman et al. 1997). A dor crônica apresenta uma história de contatos médicos múltiplos, utilização dos recursos de diagnóstico e tratamento repetidos, sendo também causa de grande absenteísmo ao trabalho (Bonica, 1999). Por todos os aspectos que a envolvem, produz também elevado gasto para a sociedade, sendo um grave problema de saúde pública.

Aristóteles já afirmava em *De Anima* “a dor perturba e destrói a natureza da pessoa que a sente”. Esta observação reflete de maneira profunda o quanto a dor crônica transtorna a vida do indivíduo que a possui. É uma experiência sensorial ou emocional desagradável, onde muitas vezes os achados físicos não são compatíveis com a queixa do indivíduo. A dor é sempre subjetiva e cada pessoa aprende a utilizar este termo de acordo com suas experiências traumáticas. A complexidade envolvida no seu controle faz com que o modelo biomédico por si só não contemple a compreensão de sua totalidade. O tratamento da dor crônica, além de ter que ser, muitas vezes, invasivo e agressivo, com efeitos colaterais pelas drogas utilizadas (Lewiti, 1984) e apresentar elevado índice de insucesso, ainda é um tratamento de alto custo para o paciente e para a sociedade (Cailliet, 1999). Sob esse cenário de busca de alternativas para esta situação produtora de sofrimento à alma humana, é que surge a Acupuntura como mais uma possibilidade para o seu tratamento.

Visando comprovar cientificamente sua eficácia sob a ótica da racionalidade médica ocidental, cada vez mais pesquisadores têm se dedicado a estudar e publicar trabalhos de dor crônica tratados com Acupuntura. Tais trabalhos apresentam

resultados bastante promissores, porém existem dificuldades metodológicas de avaliação dentro do modelo biomédico hegemônico (Patel, 1987). Juntam-se, então, uma situação clínica de difícil controle com uma possibilidade terapêutica promissora para serem avaliadas com um instrumental talvez limitado dentro de um paradigma predominantemente cartesiano. Faz-se necessária a busca de novos modelos de avaliação que contemplem a complexidade destas duas situações colocadas em conjunto, a dor crônica e a Acupuntura.

A Organização Mundial de Saúde definiu, em 1947, saúde como “o completo estado de bem estar físico, psíquico e social do indivíduo”. Esta definição, embora um tanto utópica, foi o que permitiu, segundo McSweeny e Cree (1995) que o conceito de Qualidade de Vida fosse incorporado aos conceitos do cuidado médico. Ainda segundo esses autores, o modelo biopsicossocial de Engel (1980), que utiliza a teoria dos sistemas em biologia de Weis e von Bertalanffy (1975) para explicar os fenômenos médicos, impulsionou o desenvolvimento dos estudos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde/QVRS. O modelo biopsicossocial de Engel trabalha com duas hierarquias extremas: por um lado o individual e por outro o social. Entre estes dois extremos encontram-se as diversas fases que devem ser analisadas quando se avalia uma situação médica qualquer. A dor crônica tem a capacidade de alterar todo o sistema no qual o indivíduo encontra-se inserido, por isso, para a avaliação do grau do sofrimento que causa no ser humano e do resultado do tratamento que lhe é proposto, necessita de modelos de avaliação que contemplem toda a sua complexidade, como, por exemplo, o biopsicossocial de Engel.

No *Su Wen*, livro texto clássico da Acupuntura, escrito 200 a.C., estão descritas todas as obrigações e os erros mais grosseiros que pode cometer um médico

acupunturista. Segundo este livro, os piores erros vão mais além do que somente não examinar corretamente o doente e não procurar a origem da doença, mas também por não considerar as condições sócio-econômicas, a habitação, o estado nutricional e, ignorar seu estado afetivo. Esta forma de relacionar o homem com todo o sistema onde vive apresenta muita semelhança com o modelo biopsicossocial de Engel. Por isso, partindo destes pressupostos e das indagações oriundas da prática médica acupunturista, objetiva-se avaliar o tratamento com Acupuntura através da avaliação da percepção subjetiva da QVRS nas pacientes com dor crônica benigna. O trabalho está estruturado da seguinte forma:

No capítulo I, é realizada a delimitação do problema em estudo. Está dividido em quatro partes: Acupuntura, dor crônica, avaliação e QVRS. Na primeira parte apresentam-se as bases teóricas fundamentais da Medicina Tradicional Chinesa, da qual a Acupuntura é o ramo mais conhecido no ocidente. Inicia com um breve histórico desta medicina e, a seguir, conceituam-se suas teorias básicas. Discutem-se as teorias de *Yin e Yang*, dos Cinco Elementos, de *Qi*, dos Meridianos, das causas das doenças, definindo o que é a sensação do *De Qi*, pois esta sensação é referida como de máxima importância para a obtenção dos melhores efeitos da Acupuntura (Xinnong, 1999). Um componente importante deste capítulo é quando se discute os conceitos e a classificação da Síndrome de Obstrução Dolorosa e seus princípios fundamentais de tratamento.

Na segunda parte, a dor crônica é discutida em termos de conceitos e impacto na vida do indivíduo e na sociedade, apresentando-se uma das formas de avaliar a sua intensidade, que é a Escala Visual Análoga (*VAS*), e a revisão de trabalhos relacionando dor crônica, Acupuntura, *VAS* e QVRS.

Na terceira, é realizada uma revisão teórica da pesquisa em avaliação de saúde. Trabalha com os conceitos fundamentais de Donabedian, estrutura, processo e resultado. Discute, também, a necessidade de estudos que avaliem melhor a prática das chamadas “Medicinas Alternativas”, na qual a Acupuntura é freqüentemente inserida, pois apesar de sua ampla aceitação por parte da população, ainda é pouco estudada, desde a identificação de quem a procura e, o resultado do tratamento, até a sua validação social. Apresenta, também, as recomendações da OMS para a Acupuntura, desde a ótica da pesquisa até a da assistência. Discute ainda, a Acupuntura dentro da Saúde Pública no Brasil e especificamente na cidade de Florianópolis.

Na ultima parte, são analisados os conceitos e as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Neste capítulo, trabalham-se as origens da QVRS, o modelo biopsicossocial de Engel e da teoria dos sistemas de Weis e von Bertalanffy. Analisam-se, também, as dificuldades metodológicas que se encontram ao avaliar QVRS e conclui-se argumentando pelas vantagens da utilização da escala de percepção subjetiva do impacto dos problemas de saúde, a escala de *Nottingham Health Profile*.

No capítulo II, apresentam-se os objetivos e a metodologia empregada, um estudo Antes e Depois e as limitações do trabalho.

No capítulo III, os resultados da pesquisa são apresentados na forma de tabelas, gráficos e figuras.

No capítulo IV, os resultados obtidos são comparados com os observados em outros trabalhos. Concluindo, são realizadas sugestões para a realização de outros trabalhos futuros. A bibliografia e os anexos completam o trabalho.

## **CAPÍTULO I**

### **DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO**

## 1.1 – Medicina Tradicional Chinesa: Noções gerais sobre a Acupuntura

A Medicina Tradicional Chinesa possui uma teoria própria básica sobre a anatomia, fisiologia, fisiopatologia, tratamento e prevenção das doenças. Segundo Xi Wenbu (1993), esta terapêutica apresenta excelentes resultados no controle de diversas doenças crônicas, sendo praticamente isenta de efeito iatrogênico.

Um dos grandes legados da civilização chinesa para a humanidade é sua medicina, conhecida em todo o mundo como "Medicina Tradicional Chinesa"/MTC. Os diferentes ramos que compõem a MTC são: Farmacoterapia Tradicional Chinesa, Acupuntura e Moxabustão, Ventosoterapia, Nutrúlogia, *Qi Gong e Tui Na* (Massagem). O objetivo deste capítulo é discorrer brevemente sobre os conceitos teóricos de sustentação da MTC relacionados à Acupuntura, não pretendendo aprofundar-se, pois este tema dispõe de farta literatura especializada.

O termo correto para denominar a Acupuntura na MTC é *Zhen Jiu*, onde *Zhen* significa agulha e *Jiu* Moxa, Xinnong (1999), porém no ocidente convencionou-se denomina-las de Acupuntura somente. O termo acupuntura foi trazido para o ocidente pelos jesuítas no século XVII e origina-se do latim onde *acus* significa agulha e *punctura*, picada. A Acupuntura, portanto, é uma técnica terapêutica que consiste na introdução de agulhas em locais pré determinados da pele com o objetivo de prevenir e tratar as doenças, conforme Sussmann (1984).

A origem da Acupuntura e da Moxabustão remonta ao período das comunidades tribais da sociedade primitiva chinesa. Na literatura antiga existem muitas lendas sobre a origem da Acupuntura. As principais são as referentes à utilização das agulhas de pedra e do diálogo entre o lendário Imperador Amarelo *Huang Di* e seu médico *Qi Bo*. Achados arqueológicos da Era Paleolítica e Neolítica

chinesa apontam para uma possível origem da Acupuntura nestas sociedades. Estes achados demonstram a utilização de pedras “*Bian*” (pedras com pontas afiadas) com finalidades terapêuticas tais como drenar abscessos, realizar "sangrias" e regular o livre fluxo do “*Qi*” (Xinnong, 1999).

Os primeiros documentos históricos da MTC são da Dinastia Shang e datam de 3000 anos. Nestes documentos aparecem a descrição das doenças e seus sintomas, registrados em ossos e casco de tartaruga. Também neste período surgiu o pensamento filosófico chinês sobre o *Yin/Yang* e os Cinco Elementos; e na medicina surgiu o conhecimento que se transformaria em sua teoria básica, tais como as noções do pulso, do Sangue, dos Líquidos Orgânicos, de *Qi*, de *Shen* (manifestação da vitalidade), da Essência (Hereditariedade), dos cinco sabores, dos cinco sons, das cinco cores, entre outros. Também surgiu, neste período, a noção da adaptação do ser humano ao meio ambiente, (Xinnong, 1999).

A sociedade chinesa no período de sua história conhecido como Período da Primavera e Outono (770-476 a.C.) e no Período dos Estados Combatentes (475-221 a.C.) sofreu muitas transformações políticas, econômicas e culturais que lhe propiciaram grande desenvolvimento científico. Nestes períodos apareceram os primeiros documentos médicos. O registro médico mais antigo é o *Huang Di Nei Jing*, livro composto de duas partes: *Su Wen*, que discute aspectos teóricos gerais sobre a MTC; e *Ling Shu*, que discorre mais sobre as questões da Acupuntura. As agulhas de metal surgiram neste momento e propiciaram um grande desenvolvimento da Acupuntura. É deste período o registro oficial do primeiro médico considerado o “pai” da Acupuntura, Bian Que. O período dos estados combatentes caracterizou-se por ser um dos mais ricos em estudos da MTC, pois os escritos antigos foram

revisados, tendo como resultado a sistematização cada vez mais apurada do conhecimento legado e o surgimento de diversos tratados, sendo muitos considerados clássicos da MTC até os dias atuais. A organização do corpo básico das teorias da MTC que permitiu a explicação da sua fisiologia, patologia, diagnóstico, prevenção e o tratamento das doenças são desta época. Os principais alicerces da MTC sistematizados neste período são: *Yin/Yang*, Cinco Elementos, Órgãos e Visceras, Meridianos, *Shen* (Mente), *Qi*, Sangue, Líquidos Orgânicos, Cinco Emoções e os Seis Fatores Patogênicos Exógenos. A Acupuntura e a Moxabustão foram consideradas a técnica terapêutica principal (Xinnong, 1999). Do período dos estados combatentes até a guerra do ópio, a teoria da MTC foi amplamente revisada, sendo que muitos livros de teoria básica, de clínica, mapas de Meridianos e pontos de Acupuntura foram publicados (Xinnong, 1999).

Após a Guerra do Ópio, em 1840, a China entrou num período semifeudal e semicolonial, ocorrendo também a entrada forte da medicina ocidental. A Acupuntura, conseqüentemente, entrou em declínio, sendo, inclusive, seu estudo e prática proibidos pelo governo em 1914. Somente após 1944, com o advento da revolução comunista chinesa, é que a MTC voltou a ser valorizada, havendo, então, uma integração entre a MTC e a Medicina Ocidental estimulada pelo governo chinês (Xinnong, 1999). Segundo este mesmo autor, ao longo dos anos, a MTC vem comprovando sua grande utilidade para as populações que dela fazem uso.

A fisiologia e a anatomia na MTC são discutidas através dos conceitos de Yin e Yang, dos Cinco Elementos, do *Qi*, dos Órgãos e Visceras, dos Meridianos, do Sangue e dos Líquidos Orgânicos.

A etiologia das doenças é discutida a partir dos Fatores Patogênicos capazes



de causar desarmonia no organismo e, conseqüentemente, produzir as doenças. Os Fatores Patogênicos produzem uma série de sinais e sintomas que vão orientar o diagnóstico das doenças e caracterizam os padrões de desarmonia. De acordo com cada padrão de desarmonia o tratamento é prescrito e seu prognóstico pode ser analisado. A capacidade de resistência do organismo aos Fatores Patogênicos é realizada pelo *Zheng Qi* ou *Qi* Correto. Da disputa entre o *Zheng Qi* e os Fatores Patogênicos, é que surge a saúde ou a doença em suas diferentes modalidades.

### **Teorias Básicas - *Yin/Yang* e Cinco Elementos**

A teoria de *Yin/Yang* e dos Cinco Elementos são interpretações originadas da observação dos fenômenos naturais. Refletem um conceito primitivo do materialismo e dialética no desenvolvimento da ciência natural na China. Constituem um método teórico para observação e análise dos fenômenos naturais que foram aplicadas no campo da medicina pelos médicos chineses antigos (Xinnong, 1999).

### **Teoria de *Yin* e *Yang***

Esta teoria foi aprofundada em todas as escolas de pensamento filosófico chinês. *Yin* e *Yang* é uma conceituação que generaliza dois princípios opostos e complementares que podem ser observados em todos os fenômenos relacionados no mundo natural. Os ideogramas (escrita chinesa) que representam *-Yin* e *-Yang*, tem o significado dos dois lados de uma montanha, sendo o lado ensolarado o *Yang* e o lado escuro o *Yin*. Os termos *Yin* e *Yang* aparecem pela primeira vez no livro *I Ching*

na Dinastia *Yin* e *Zhou* (XVI séc. a. C. - 221 a. C): “*Yin* e *Yang* refletem todas as formas e características existentes no universo” (Maciocia, 1998). Representam dois fenômenos separados com naturezas contrárias, bem como aspectos diferentes e opostos de um mesmo fenômeno. Segundo Xinnong (1999), no livro *Su Wen*, no capítulo referente ao grande tratado das classificações de *Yin/Yang* dos fenômenos naturais, cita-se que “Água (*Yin*) e o Fogo (*Yang*) são símbolos de *Yin* e de *Yang*”, pois representam dois aspectos primários opostos e contraditórios dos fenômenos. Baseado nas propriedades da Água e do Fogo, tudo na natureza pode ser classificado como *Yin* ou *Yang*. Assim, os aspectos considerados com propriedades semelhantes à Água são classificados como *Yin*: noite, descanso, repouso, tranquilidade, mulher, baixo, escuro, frio, interior, material, inverno, lua, sombra, terra, plano, espaço, oeste, norte, direita, descender, substância, etc. Ao contrário, os fenômenos com propriedades básicas do Fogo são classificados como *Yang*: dia, atividade, movimento, agitação, homem, alto, calor, claridade, exterior, ação, verão, sol, redondo, tempo, leste, sul, esquerda, ascender, etc. Todos os fenômenos naturais, portanto, podem ser entendidos como tendo um aspecto de dualidade oposta e complementar entre si. Ainda segundo este autor, quando se comparam os diversos fenômenos da natureza, pode-se chegar a algumas observações fundamentais na teoria de *Yin* e *Yang*:

1 - Oposição de *Yin* e de *Yang*: reflete os aspectos opostos dos fenômenos da natureza, que produzem um controle mútuo. Por exemplo: calor (*Yang*) - frio (*Yin*). No caso do organismo esta oposição mútua serve para manter a homeostasia;

2 - Interdependência de *Yin* e *Yang*: um fenômeno para existir depende da existência do outro. Por exemplo: o movimento ascendente-*Yang* e o descendente-

*Yin*;

3 - Infinita divisibilidade: cada aspecto *Yin* ou *Yang* pode ser por sua vez subdividido em *Yin* e *Yang*. Por exemplo: o dia é *Yang*, pois tem o sol, que apresenta propriedades *Yang* de luz, brilho, calor, movimento, enquanto que a noite é *Yin*, pois é escura e leva ao recolhimento. Tendo-se o nascer e o pôr do sol como referência, observa-se que esta divisão não é estática e que um fenômeno está dividido em outro: a madrugada caracteriza-se por ser o final da noite com o início do dia, portanto tem-se o final de *Yin* com o início de *Yang*, sendo o *Yang* dentro do *Yin*. Já o período matutino onde o sol se encontra no seu pico máximo é considerado como *Yang* dentro de *Yang*; a partir das 12 horas, o sol começa a diminuir sua potência e a tarde é considerada como *Yin* dentro de *Yang*, enquanto que a noite é considerada *Yin* dentro de *Yin* e tem seu pico máximo até as 24 horas quando novamente *Yang* começa a crescer;

4 - Relação de intertransformação: os aspectos *Yin* e *Yang* dentro de qualquer fenômeno não são estáticos e, sob certas circunstâncias, pode ocorrer uma transformação de um no outro. Por exemplo: no caso do excesso do frio que se transforma em calor e queima; ou num caso de febre alta persistente em que podem aparecer sintomas de frio tais como: queda brusca de temperatura, palidez e membros frios;

5 - Relação de suporte de consumo mútuo entre *Yin* e *Yang*: os aspectos de *Yin* e *Yang* de um fenômeno não são fixos, estão em um estado de consumo mútuo, contínuo e de apoio. Como por exemplo, para que ocorram as atividades funcionais do corpo (*Yang*), é necessário que ocorra o consumo de substâncias nutrientes (*Yin*) e, por outro lado, para que ocorra a produção de nutrientes, é necessário que ocorra

um certo consumo de energia (*Yang*) (Xinnong, 1999).

A teoria de *Yin/Yang* está presente em todos os conceitos que fornecem sustentação para a MTC. As características anatômicas e funcionais, as alterações patológicas e seu tratamento possuem claramente características *Yin* ou *Yang* (Xinnong, 1999).

A aplicação da teoria de *Yin/Yang* no ser humano parte do princípio de que o corpo é um todo integrado, sendo que seus órgãos e tecidos estão conectados organicamente e podem ser divididos em dois aspectos opostos e complementares. Cada aspecto do corpo humano possui características *Yin* ou *Yang*.

Conforme o livro *Su Wen*: “o homem tem uma forma física que é inseparável do *Yin* e do *Yang*”. Em anatomia, as Visceras (Xiao Chang, Da Chang, Pang Guang, Dan, Wei e San Jiao), a região superior, lateral, dorsal, a superfície do corpo, os pêlos, a pele e a face externa dos membros são *Yang*, enquanto que os Órgãos (Gan, Fei, Shen, Xin, Xin Bao e Pi), a região inferior, ventral, o interior, a face interna dos membros, o lado medial, os músculo, os ossos, e o Sangue são *Yin*. Na fisiologia, a MTC considera que as atividades fisiológicas normais do organismo são o resultado do equilíbrio relativo entre *Yin* e *Yang*. As substâncias nutrientes são *Yin*, enquanto que a atividade funcional do corpo é *Yang*. Os dois aspectos são necessários para a existência da vida, pois sem nutrientes não haveria substâncias para as atividades funcionais, e sem atividade funcional como força motriz para a transformação e transporte dos nutrientes não haveria nutrientes para o organismo.

Já o desequilíbrio entre *Yin* e *Yang*, traduzido pelo excesso ou deficiência de um ou de outro, gera a patologia. Esta desarmonia entre *Yin/Yang* gera uma série de sinais e sintomas físicos e mentais que são identificados através da história clínica e

do exame físico do paciente, fornecendo os subsídios necessários para a identificação do padrão de desarmonia. Após a identificação destes padrões, o paciente poderá, então, ser tratado com qualquer um dos recursos que a MTC oferece: Acupuntura, Moxa, *Tui Na*, Farmacoterapia, Dietoterapia e *Qi Qong*. Em última instância, o tratamento das doenças para a MTC é nada mais nada menos do que o restabelecimento do equilíbrio entre *Yin e Yang* (Xinnong, 1999).

### ***Wu Xing* (Cinco Elementos)**

A teoria dos Cinco Elementos afirma que no mundo natural existem cinco categorias denominadas madeira, fogo, terra, metal e água. Esta teoria sustenta que os fenômenos do universo correspondem em natureza à madeira, o fogo, à terra, ao metal e à água, estando em um estado de constante movimento e mudança. Esta teoria surgiu nas sociedades primitivas chinesas onde esses elementos eram considerados vitais para a manutenção da vida, pois representam os cinco estados de mudanças normais no mundo natural onde o alimento necessita da água e do fogo, a produção conta com a madeira, que dá origem a todas as coisas, e tudo é utilizado pelo homem. Assim, o caráter da madeira é crescer e florescer; o do fogo é queimar e ascender; o da terra é dar origem a todas as coisas; o do metal é descender e estar claro e o da água é ser fria e fluir na direção descendente. Esta teoria gerou muitos estudos clássicos na China antiga, sendo que todos os fenômenos naturais foram analogicamente enquadrados em uma destas categorias. Consequentemente, foi aplicada também na MTC onde é utilizada para explicar a fisiologia e a patologia dos Órgãos e Visceras (Xinnong, 1999). Os fenômenos naturais como as estações, as

direções, as cores, os sabores, os climas, os planetas, os animais domésticos, os grãos e os estágios de desenvolvimento foram agrupados de acordo com as propriedades semelhantes dos Cinco Elementos. O Quadro 1 apresenta esta categorização.

### Quadro 1 - Correspondências dos Cinco Elementos com situações do cotidiano

	Madeira	Fogo	Terra	Metal	Água
Estações	Primavera	Verão	Verão tardio	Outono	Inverno
Direções	Leste	Sul	Centro	Oeste	Norte
Cores	Verde/Azul	Vermelho	Amarelo	Branco	Preto
Sabores	Ácido	Amargo	Doce	Picante	Salgado
Climas	Vento	Calor	Umidade	Secura	Frio
Planetas	Júpiter	Marte	Saturno	Vênus	Mercúrio
Animais Domésticos	Ovelha	Ave	Boi	Cachorro	Porco
Grãos	Trigo	Feijão	Arroz	Cânhamo	Milhete
Estágios de desenvolvimento	Germinação	Crescimento	Transformação	Recolhimento	Armazenamento

Fonte: Apostila 1 do curso intensivo do Ipe/MTC, Florianópolis, SC, 1999.

As leis básicas que regem esta teoria partem dos princípios de que um elemento pode gerar outro e que cada elemento tem seu elemento controlador, onde tudo gira num círculo contínuo de geração e controle mútuo. Assim, a madeira gera o fogo, que gera a terra, que gera o metal, que gera a água, que gera a madeira. Esta relação é conhecida como “mãe e filho”. Enquanto que a relação de “controle” ocorre na seguinte ordem: a madeira controla a terra, que controla a água, que controla o fogo, que controla o metal, que controla a madeira. Estes dois aspectos de geração e controle são dois aspectos inseparáveis e indispensáveis da teoria dos cinco elementos. Outro aspecto desta teoria é a contradominância, na qual o elemento que deveria dominar passa a ser dominado. Como exemplo, o metal que controla a madeira, na contradominância, passa a ser dominado por ela. É um ciclo patológico

(Xinnong, 1999).

Na aplicação desta teoria na MTC, a classificação destes fenômenos é utilizada para explicar tanto a fisiologia como a patologia do corpo humano. Analogicamente, cada Órgão e Viscera pertence a um elemento e cada um é capaz de gerar e controlar outro. Assim, *Gan* (Fígado) pertence à madeira e gera *Xin* (Coração), que pertence ao fogo, que gera *Pi* (Baço), que pertence à terra e gera *Fei* (Pulmão), que pertence ao metal, que gera *Shen* (Rim), que pertence à água. O Quadro 2 demonstra as correspondências entre os Cinco Elementos e as diversas partes do corpo humano como os Órgãos e Visceras, os órgãos do sentido, os tecidos, os sons e as emoções. O ciclo de intercontrole faz-se igual ao que já foi descrito anteriormente. Esta lei, no entanto, é considerada insuficiente para explicar todas as interações fisiológicas e patológicas dos Órgãos e Visceras.

#### Quadro 2 - Correspondências entre os Cinco Elementos e o corpo humano

	Madeira	Fogo	Terra	Metal	Água
Órgãos (Yin)	<i>Gan</i> (Fígado)	<i>Xin</i> Coração), <i>Xin Bao</i> (Pericardio)	<i>Pi</i> (Baço)	<i>Fei</i> (Pulmão)	<i>Shen</i> (Rim)
Visceras (Yang)	<i>Dan</i> (Vesícula Biliar)	<i>Xiao Chang</i> (Intestino Delgado), <i>San Jiao</i> (Triplo Aquecedor)	<i>Wei</i> (Estômago)	<i>Da Chang</i> (Intestino Grosso)	<i>Pang Guang</i> (Bexiga)
Órgãos do sentido	Olhos	Língua	Boca	Nariz	Ouvido
Emoções	Raiva	Alegria	Preocupação	Tristeza	Medo
Tecidos	Tendões	Vasos	Músculos	Pele	Ossos
Sons	Grito	Riso	Cantoria	Choro	Gemido

Fonte: Apostila 1 do curso intensivo do Ipe/MTC, Florianópolis, SC, 1999.

## *Qi*

Outro conceito muito importante da MTC refere-se ao *Qi*. *Qi* foi traduzido pelo ocidente por Morant como “energia”. Este mesmo autor reconhece que o termo não é adequado para o sentido do que é *Qi* para a cultura chinesa, porém na ausência de um termo melhor sugere esta denominação (Morant, 1990). Neste estudo, o termo não será traduzido. A filosofia chinesa considera *Qi* como a substância fundamental que constitui o universo, sendo que todos os fenômenos foram produzidos pelas mudanças e movimentos de *Qi* (Xinnong, 1999).

O ideograma que representa *Qi* é composto de arroz não cozido e vapor. Tem o significado da existência de um estado sutil, ativo e dinâmico como o vapor e um estado sólido, denso e material como o arroz. Os textos clássicos da MTC, como o *Su Wen*, citam o *Qi* como a raiz do homem, pois este constitui, anima, coordena e controla toda a manifestação da vida (Maciocia, 1998).

De forma genérica, o termo *Qi* tem dois sentidos: denota tanto a matéria (corpo) como a atividade funcional dos Órgãos e Vísceras e tecidos. *Qi* é percebido funcionalmente pelo que faz, sendo a força motriz de todos os processos fisiológicos. *Qi* é a forma física dos seres e, ao mesmo tempo, produz e ordena a atividade que dá vida a esta forma física (Maciocia, 1998).

Segundo Xinnong (1999), as diferentes manifestações de *Qi* têm como funções principais o aquecimento do corpo, a proteção do organismo dos ataques dos Fatores Patogênicos, o movimento ou a impulsão da atividade fisiológica de todo o organismo, a atividade de controle do Sangue, da sudorese, da diurese e da menstruação; a atividade de transformação, a atividade funcional dos Órgãos e



Vísceras, a distribuição de *Qi* e Sangue, os movimentos de entrada e saída, subida e descida do *Qi*. Ainda, segundo este mesmo autor: “*Qi* é demasiadamente rarefeito para ser visto e sua existência é manifestada nas funções dos Órgãos e Vísceras.” (Xinnong, 1999, p.35).

### **Teoria dos Órgãos e Vísceras (*Zang Fu*)**

*Zang Fu* é o termo genérico que denomina os Órgãos e Vísceras sob a teoria da MTC (Xinnong, 1999). Segundo, He, 1999, embora a teoria dos Órgãos e Vísceras, tenha se baseado no conhecimento da anatomia da época antiga, o seu desenvolvimento ocorreu através da observação e análise dos resultados, com base no princípio “o que está no interior necessita do que está no exterior” (He, 1999, p. 51). Este princípio deu origem a um sistema teórico singular sobre a fisiologia e a patologia. Então os Órgãos são *Xin* (Coração), *Gan* (Fígado), *Fei* (Pulmão), *Shen* (Rim), *Pi* (Baço) e *Xin Bao* (Pericárdio), enquanto que Vísceras são *Dan* (Vesícula Biliar), *Xiao Chang* (Intestino Delgado), *Da Chang* (Intestino Grosso), *Wei* (Estômago), *Pang Guang* (Bexiga) e *San Jiao* (Triplo Aquecedor), mesmo tendo uma denominação igual aos órgãos da anatomia ocidental, não tem semelhança com os conceitos fisiológicos e patológicos contemporâneos (He, 1999). Para a MTC os Órgãos são *Yin*, não tem contato com o exterior, são maciços e tem como funções fabricar e armazenar as Substâncias Fundamentais, enquanto que as Vísceras são *Yang*, ocas, tem contato com o exterior e impulsionam as substâncias (Xinnong, 1999).

## Teoria dos Meridianos

A teoria do Meridianos é um dos capítulos mais importantes da MTC. Nesta racionalidade médica, o corpo humano é percorrido em toda sua extensão por um sistema de caminhos, vias ou canais virtuais que possibilitam uma grande rede de comunicação entre as diversas partes do organismo. Essas vias foram inicialmente denominadas no ocidente como “Meridianos” de Acupuntura. Os Meridianos são as vias por onde se movimenta *Qi* e Sangue no corpo (Li et al., 1999).

O sistema de Meridianos é composto de doze Meridianos Principais, que são acompanhados ao longo do seu trajeto por Meridianos Secundários que são: de Conexão (*Luo*), Tendino Musculares, os Distintos e as Zonas Cutâneas; e de oito Meridianos Atípicos (Extraordinários). Cada Meridiano Principal tem seu trajeto próprio e sentido de circulação do *Qi* definido, pontos iniciais e finais próprios e estão conectados a seu Órgão ou Viscera interna, que lhe dá o nome.

Os Meridianos Principais são bilaterais e classificam-se como *Yin* ou *Yang*, de acordo com seu trajeto e conexão interna com seu Órgão e Viscera. Existem, portanto, três duplas de Meridianos *Yin* dos pés e das mãos e três duplas de Meridianos *Yang* dos pés e das mãos. Assim, os Meridianos *Yin* do pé iniciam seu trajeto de circulação na ponta dos pododáctilos, seguem pela região interna dos membros inferiores e ligam-se no abdômen, respectivamente, ao próprio Órgão: *Gan* (Fígado), *Shen* (Rim) e *Pi* (Baço); enquanto que os Meridianos *Yang* do pé iniciam seu trajeto na cabeça e face, circulam pelas regiões anterior, lateral e dorsal do tórax, do abdômen, conectam-se no interior com as vísceras *Dan* (Vesícula Biliar), *Wei* (Estômago) e *Pang Guang* (Bexiga), seguem pela regiões lateral, medial e posterior

dos membros inferiores e terminam seu trajeto na ponta dos pododáctilos. Os Meridianos *Yin* da mão também são bilaterais e iniciam seu trajeto no tórax, conectando-se no interior com seus órgãos: *Fei* (Pulmão), *Xin* (Coração) e *Xin Bao* (Pericárdio). Exteriorizam, circulam pela região interna dos membros superiores e terminam na ponta dos quirodáctilos. Os Meridianos *Yang* da mão iniciam seu trajeto nas pontas dos quirodáctilos, circulam pela região lateral e dorsal do braço e antebraço, emitem ramos internos para comunicação com suas vísceras no interior: *Da Chang* (Intestino Grosso), *Xiao Chang* (Intestino Delgado) e *San Jiao* (Três Aquecedores) e terminam seu trajeto na face (Li et al., 1999).

As funções fisiológicas principais dos Meridianos são: comunicar a superfície com o interior do corpo, relacionar Órgãos e Vísceras entre si, relacionar os Órgãos e Vísceras com as articulações exteriores, com os cinco órgãos do sentido, relacionar-se entre si, fluir *Qi* e Sangue por todo o corpo, propagar a sensação reflexa e a sensação de estímulo da Acupuntura, regular a atividade fisiológica do equilíbrio e da homeostase e ser a função reflexa da doença.

Na fisiopatologia, os Meridianos, além de serem os caminhos de propagação dos fatores patogênicos, desempenham um papel importante na propedêutica, pois o exame de alterações no seu trajeto podem guiar o diagnóstico da doença. O organismo, ao ser acometido por qualquer patologia, pode apresentar no trajeto dos Meridianos as denominadas “manifestações cutâneas reflexas” que podem ser utilizadas para auxiliar no diagnóstico das doenças. A procura dessas manifestações cutâneas reflexas faz-se através da inspeção e palpação do ponto e do trajeto do Meridiano de Acupuntura, na qual se procura alterações da cor da pele, nódulos, elevações, depressões ou regiões endurecidas ou amolecidas à palpação e alterações

de sensibilidade tais como parestesia, hiperestesia ou a dor de grau variado e alterações de temperatura. A teoria dos Meridianos aplicada ao diagnóstico das doenças é muito importante especialmente quando se trata de quadros álgicos. Estas alterações cutâneas positivas podem, em geral, direcionar o diagnóstico em termos de qual Órgão e Viscera ou qual Meridiano encontra-se afetado por determinado fator patogênico. Associa-se a esta pesquisa de sinais e sintomas dos Meridianos os outros procedimentos de diagnóstico da MTC tais como: inspeção da língua, palpação do pulso, o interrogatório do paciente, a audição e a olfação para o paciente ter um diagnóstico correto (Li et al., 1999).

Após o paciente ser corretamente diagnosticado, procede-se à prescrição, na qual são indicados quais os pontos e o método de tratamento necessário para aquele distúrbio. Novamente entra a utilização dos Meridianos de Acupuntura, pois os pontos de Acupuntura estão localizados ao longo do seu trajeto. Cada ponto de Acupuntura tem sua função indicada para tratar determinada doença.

Além do conhecimento de todas as teorias básicas discutidas anteriormente, para se realizar um correto tratamento de Acupuntura é fundamental conhecer as causas das doenças. Para a MTC as causas das doenças são: fatores da natureza (fatores climáticos, geográfico e epidêmico); fatores relacionados ao estilo de vida (alimentação, trabalho e sexo); fatores internos (emocionais e constitucionais); fatores gerados internamente Mucosidades e Estase de Sangue; traumas externo (arma branca, mordidas de animais e insetos e machucados); intoxicação por alimentos e parasitas (Li et al., 1999).

### **Síndrome de Obstrução Dolorosa (*Bi Zheng*)**

Síndrome de Obstrução Dolorosa é uma interrupção da circulação do fluxo de *Qi* e Sangue nos Meridianos de Acupuntura que se manifesta por dor, parestesia, sensação de peso nas articulações e limitação dos movimentos. As causas das Síndromes de Obstrução Dolorosa são variadas, envolvendo diferentes aspectos da vida do ser humano (Li, 1999). Ainda segundo este autor esta interrupção pode ser causada por diversos fatores tais como: fatores climáticos (Vento, Frio e Umidade); estilo de vida desregrado (excesso de atividade física, mental e sexual; sedentarismo, dieta incorreta tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo e, convalescença inadequada), alterações emocionais e traumatismos. Estas causas, cada uma a seu modo, produzem um desequilíbrio na circulação de *Qi* e Sangue nos Meridianos, produzindo, em conseqüência, um quadro de dor que pode ser agudo ou crônico. Segundo Xinnong, 1999, esta Síndrome de Obstrução pode acometer pacientes de ambos os sexos e de qualquer idade. Nos casos leves, pode se manifestar somente pela dor aguda, que pode ou não piorar com a mudança de tempo, o que a caracteriza sob a óptica ocidental como um quadro doloroso agudo. Nos casos mais graves e crônicos, a dor é mais intensa, tem uma recorrência periódica e pode estar acompanhada de edema articular, deformidades e dificuldade de movimentação, o que a caracteriza como um quadro de dor crônica.

A classificação das Síndromes de Obstrução é realizada de acordo com sua etiologia (Xinnong, 1999). Os tipos sindrômicos de obstrução dolorosa podem ser migratório, doloroso, fixo e calor, sendo que cada um apresenta sinais e sintomas típicos apresentados pelo paciente e que estão descritos no quadro 3. De acordo com

a estrutura anatômica acometida, a Síndrome de Obstrução é classificada como: obstrução de pele, de músculos, de tendão, de vasos e de ossos.

**Quadro 3 - Tipos e padrões clínicos de Obstrução Dolorosa para a MTC com seus sinais e sintomas**

Tipo clínicos de Obstrução	Padrões	Sinais e Sintomas
Migratório	“Vento”	A dor é migratória e acomete especialmente as articulações dos punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos; limitação dos movimentos, frio e calor.
Doloroso	“Frio”	Dor tipo punhalada severa nas articulações com localização fixa; melhora com calor e agrava com frio.
Fixa	“Umidade”	Sensibilidade dolorosa acentuada e fixa; entorpecimento e sensação de peso nos membros, agrava em dias nublados e chuvosos.
Calor	“Calor”	Dor, com sensação de calor e hiperemia no local; febre, sede, com início súbito.

**Tratamento**

Na Acupuntura, os princípios gerais de tratamentos consistem no restabelecimento do equilíbrio de *Yin* e de *Yang*, no fortalecimento de *Zheng Qi* (*Qi* Correto) e na eliminação do Fator Patogênico. Para que estes princípios gerais sejam alcançados, é necessário identificar o padrão de desarmonia e, posteriormente, a correta prescrição dos pontos com suas funções clássicas. Independente do método de manipulação das agulhas, a sensação do "*De Qi*" deve ser alcançada (Xinnong, 1999). A "*Chegada do Qi*" ou "*De Qi*" é a sensação de Acupuntura descrita como a sensação de formigamento, entorpecimento, e peso na região onde a agulha é

inserida (Fundamentos, 1995). O tratamento da Síndrome de Obstrução Dolorosa, como de qualquer outra doença na Acupuntura, consiste na introdução de agulhas em determinadas regiões do corpo que podem ser distais ou no local da dor, para eliminar a interrupção do fluxo de *Qi* e do Sangue.

## 1.2 – Dor crônica

Ao analisar a demanda de um ambulatório de Acupuntura, observa-se que a grande maioria dos pacientes são portadores de dor crônica localizada nas mais variadas partes do corpo. Um estudo exploratório realizado no período de 1990 a 1993 no ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis (Darella, 1996), mostrou, em ordem de maior frequência, as seguintes localizações da dor: lombar, no ombro, na cabeça, no joelho e no pescoço.

A *International Association for the Study of Pain (IASP)*, 1994, define dor como “uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada com dano tecidual potencial ou real ou descritos nos termos de tal dano. A dor é sempre subjetiva, e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências traumáticas”. Dor crônica é definida como “uma dor que persiste por um mês além do curso normal de uma doença aguda ou um tempo razoável para que uma lesão se cure, que está associada com processo patológico crônico que cause dor contínua ou dor que recorre em intervalos de meses ou anos seguidos” (Bonica, 1990, p.19). Para a *IASP* (1994) a dor crônica é definida como “a dor que persiste além do tempo normal de cura. Na prática, pode ser menos de um mês ou mais de cinco meses. Referencia 3 meses como o ponto mais conveniente para a distinção entre dor aguda e crônica” (1994. p:2-3).

Também para a MTC o estudo da dor é um assunto bastante tratado. Assim, aparece como um tópico da semiologia, estuda-se também como mecanismo de doenças fazendo parte de uma síndrome especial a Síndrome de Obstrução Dolorosa



(*Bi Zheng*). Na semiologia, este detalhe pode ser percebido no interrogatório classicamente chamado de “Canção das 10 perguntas”. Nesta anamnese, o médico realiza o interrogatório sobre o funcionamento das diversas partes do corpo do paciente tais como: temperatura, transpiração, sono, sonhos, apetite, fezes, urina, visão, audição, olfação, sede, cabeça e corpo em que as sensações são investigadas inclusive, a dolorosa. A dor é interrogada particularmente com relação à sua localização, tempo, tipo, intensidade, fatores de alívio e de piora (Auteroche, 1992). Ao mesmo tempo, no capítulo da fisiopatologia, a dor volta a ter destaque na Síndrome de Obstrução Dolorosa (*Bi Zheng*). As causas e os mecanismos desta síndrome já foram discutidas anteriormente na revisão da MTC, porém ressaltam-se algumas características que permitem realizar uma importante analogia com o conceito da síndrome de dor crônica da medicina ocidental. São elas: pode ser dividida em aguda e intensa, sendo que “Nos casos intensos, a sensibilidade e dor estão acentuadas e ocorrem periódica e repetidamente, acompanhadas de inchaço das articulações e até deformidade e limitação dos movimentos.” (Xinnong 1999, p.333).

Dor crônica é uma situação clínica de elevada prevalência na população em geral. Afeta, segundo Bonica, 1990, entre 25 e 30% da população norte-americana, dentre os quais metade a dois terços ficam total ou parcialmente inativos por períodos de dias, semanas, meses, e alguns permanentemente. Conseqüentemente, afirma ele, é um problema econômico sério e importante para a saúde pública por seus custos para a sociedade. A resposta comportamental à dor crônica é diferente daquela associada com a dor aguda. Na forma persistente, a dor nunca tem uma função biológica, e impõe grave estresse emocional, físico, econômico e social para o paciente e sua família. Síndrome da dor crônica benigna (não relacionada ao câncer)

é o termo utilizado por este autor para pacientes que sofrem queixas de dor persistente e intratável. A maioria das queixas são inapropriadas para as doenças ou problemas físicos existentes. Há uma história de contatos médicos múltiplos, procedimentos diagnósticos não produtivos, preocupação excessiva com a queixa do paciente tanto por parte do paciente como pela família e amigos. São queixas não compatíveis com os achados físicos, por isso o modelo biomédico por si só não contempla a compreensão da totalidade da dor crônica.

Para Kaplan et al., 1997, a dor é afetada por uma grande quantidade de fatores subjetivos que não podem ser medidos, incluindo nível de atenção, estado emocional, personalidade, experiências passadas e ganhos afetivos com a dor. Menciona ainda que o médico, ao tratar a dor crônica, deve levar em consideração que a dor não é um simples fenômeno de estímulo-resposta, pois a percepção de uma reação à dor é multifatorial, combinando muitas variáveis biopsicossociais.

Cailliet (1999), analisando a dor crônica nos EUA, considera-a como um problema nacional, que envolve sofrimento desnecessário, incapacitação esmagadora, deficiência pessoal e despesas enormes. Ainda segundo este autor, a dor benigna tornou-se epidêmica. Na sua opinião, a avaliação e o tratamento da dor encontram-se numa encruzilhada, pois apesar da eficácia do tratamento neurofisiológico e neurofarmacológico, a abordagem multidisciplinar da dor, empregando modalidades fisiológicas, emocionais, cognitivas e sociais, parece ter o mesmo resultado. Discute os mecanismos e tratamentos da dor, observando que com muita frequência os protocolos são uniformes, sem que as características individuais sejam respeitadas. Este fato seria a causa dos elevados índices de fracasso no tratamento. O Institute of Medicine (Institute of Medicine, 1987 apud Cailliet, 1999)

propõe critérios para a classificação da dor de acordo com subgrupos tais como: a região do corpo, o sistema envolvido, as características temporais, a intensidade e a duração dos sintomas e a etiologia. Não estão incluídos nestes subgrupos fatores como idade, educação, personalidade, psicopatologia, estatus sócio-econômico e resposta a tratamentos anteriores. Com relação aos aspectos psicológicos e sociais da dor, as pesquisas estariam apenas no início e, portanto, ainda inconclusivas. Destaca a necessidade de que o paciente com dor crônica seja tratado em centros multidisciplinares, com os profissionais da equipe mais aptos a corresponder às necessidades de cada paciente.

Elliot et al. (1999) realizaram um estudo pelo correio na região de Grampian, nordeste da Escócia, para avaliar a epidemiologia da dor crônica. Este estudo quantifica e descreve a prevalência da dor crônica na comunidade. Dos 5036 questionários enviados, retornaram completos 3605. Nos resultados obtidos, 46, 5% da população em geral referia ter dor crônica, com os mais diferentes graus de intensidade. Os autores concluem que é o maior problema de saúde desta população e que o entendimento detalhado de sua epidemiologia é essencial para o manejo eficiente no cuidado primário da saúde.

Teixeira et al. (1998), em um estudo sobre a assistência ao paciente com dor, afirmam que a dor não é satisfatoriamente controlada nos países mais desenvolvidos nem no Brasil. Quanto à epidemiologia da dor em nosso meio destacam que as afecções do aparelho locomotor são a causa mais freqüente e, que 70% da população sofre de lombalgias. Ainda segundo estes autores, 70% dos pacientes que procura assistência médica por razões diversas têm dor. Sobre a prevalência da dor relatam que, entre os sexos varia de acordo com as lesões causais e, que se eleva com o

progredir da idade.

Mensurar a intensidade da dor é importante para a avaliação do tratamento proposto. Existem diversos modelos de escalas, as mais utilizadas são: escalas numéricas, de analogia visual, de descritores verbais e de representação gráfica não numérica (de faces, cores e outras). As escalas numéricas são de fácil aplicação e compreensão pelos pacientes. A escala visual analógica necessita para sua compreensão maior capacidade de concentração e abstração o que dificulta sua utilização por alguns tipos de pacientes como os idosos, os gravemente enfermos e os de baixa escolaridade. Já as escalas de representação gráfica não numéricas como as de expressão facial de adulto ou de criança, ou a de copos cheios e vazio, ou a escala de cores podem ser úteis para uso em alguns grupos de pacientes (Pimenta,1997). As escalas visuais para avaliação da intensidade da dor crônica tem sido utilizadas por serem instrumentos simples, eficiente e não invasivo para este objetivo. A escala visual numérica é uma linha de 10 cm de largura que pode ser horizontal (Huskisson, 1983) ou vertical (Sriwatanakul, 1983). Tem sensibilidade para avaliar intensidade de dor crônica após procedimentos farmacológicos ou não farmacológicos (Melzack, 1994).

Diversos autores têm se dedicado a estudar o resultado do tratamento com Acupuntura para a dor crônica benigna. Em geral estes estudos utilizam a *Visual Analogue Scale (VAS)* como uma das maneiras de avaliar o resultados do tratamento com Acupuntura para a dor crônica. Os delineamentos dos estudos são os mais variados possíveis, alguns *randomizados*, outros antes e depois, como não é objetivo deste trabalho analisar a metodologia utilizada por outros autores, discutem-se a seguir os resultados de alguns trabalhos publicados sobre dor crônica e Acupuntura.

Junnila (1978), estudou durante cinco anos 348 pacientes com dor crônica tratados com Acupuntura na Finlândia. Relata que a intensidade da dor medida com *VAS* após o tratamento com Acupuntura diminuiu 40% nas síndromes miofacial que afetava a cabeça, o ombro, o pescoço e os braços. Também afirma que houve uma redução de 65% no consumo de medicamentos após o tratamento.

Coan et al. (1980) realizaram um estudo controlado *randomizado* para avaliar o efeito da Acupuntura na dor lombar. Utilizaram para esta avaliação o consumo de medicamentos, a presença de cirurgia nas costas, cialgia, tempo da dor em meses e anos, inatividade diária pela dor, limitação de movimentos, presença ou ausência de espasmo muscular e fasciculações, atrofia muscular e reflexos anormais. Avaliaram os pacientes após 10 sessões de Acupuntura e concluíram que em seu estudo esta terapêutica é uma forma eficaz de tratamento para pacientes com dor lombar.

Lewith em 1984, em um artigo de revisão estudou seis trabalhos que comparavam os efeitos da Acupuntura com a medicina convencional, refere que destes seis estudos, quatro sugerem que o tratamento para a dor crônica com Acupuntura é mais efetivo que o convencional. Outros dois estudos não observaram diferenças significativas entre os tratamentos. Neste mesmo artigo analisa dez estudos que comparam os efeitos da Acupuntura com o modelo agulha *randomizada*, onde os autores assumem que estas agulhas tem o mesmo efeito que o placebo (as agulhas são inseridas em locais do corpo impróprio para a doença e por isso não produziram as mudanças na transmissão e percepção da dor). Esta suposição está incorreta, segundo a opinião deste autor, pois evidências fisiológicas demonstram que qualquer estímulo pode atenuar a dor, pelos mecanismos de controle nociceptivos difusos inibitórios. Dois outros estudos compararam a Acupuntura com

placebo. O grupo da Acupuntura recebeu agulhas na região dorsal e os do placebo foram beliscados superficialmente com as unhas na mesma região. Concluiu que: a avaliação de um fenômeno subjetivo como a dor crônica apresenta muitas dificuldades; que o efeito analgésico da Acupuntura ocorre em 60% dos pacientes que sofrem de dor crônica; e que o tratamento por Acupuntura é tão efetivo quanto o tratamento convencional (fisioterapia e drogas) para as dores músculos esqueléticas, com a vantagem de não apresentar as reações adversas dos analgésicos e anti-inflamatórios e que os efeitos desta terapêutica são superiores ao placebo e a agulha *randomizada*.

Lehmann et al. (1986) realizaram um estudo *randomizado* sobre a eficácia da eletroacupuntura, do *TENS* e do placebo na reabilitação da dor lombar crônica. Afirmam que a lombalgia é a dor mais freqüente na sociedade ocidental e para sua avaliação utilizaram uma *VAS*. Segundo esses autores, a eletroacupuntura demonstrou neste estudo ter capacidade para reduzir a dor relatada (diferença de escores da *VAS* foi de  $p < 0,05$ ). Estes autores reconhecem as limitações de seu estudo e manifestam a esperança de que no futuro os delineamentos possam ser melhorados para que os efeitos da Acupuntura na dor crônica possam ser adequadamente avaliados.

Patel et al. (1989) publicaram uma metanálise de Acupuntura e dor crônica, em que foram analisados os resultados de 14 estudos *randomizados*. A não citação de possíveis vieses nestes trabalhos, no entanto, impede concluir-se por resultados favoráveis do tratamento da dor crônica com a Acupuntura.

Kumar et al., 1994, estudaram o tratamento com eletroacupuntura em 20 pacientes com dor crônica localizada na região lombar e cervical. A intensidade da

dor foi avaliada com *VAS* antes e depois do tratamento. Avaliaram o paciente em três tempos: na primeira, (antes: 97,0; depois: 77,4 e  $p<0,05$ ), na quinta (antes: 65,3; depois: 47,7 e  $p<0,01$ ) e na décima (antes: 42,1; depois: 27,74 e  $p<0,01$ ), sessão de eletroacupuntura. Concluíram que a diferença dos escores da *VAS* foi estatisticamente significativo nos três momentos. Em 1995, estes mesmos autores estudaram o tratamento da dor crônica com a eletroacupuntura e avaliaram-na com *VAS*, porém agora o resultado da diferença *VAS* após a primeira sessão não foi estatisticamente significativo, enquanto que na quinta (antes: 72,2; depois: 52,2 e  $p<0,05$ ) e na décima (antes: 50,7; depois: 32,0 e  $p<0,05$ ) foi.

Berman et al., 1997, discutem a utilização da Medicina Alternativa (Acupuntura, Homeopatia, Quiropraxia e Corpo/Mente) no tratamento da dor crônica, observando que a prevalência e o custo desta patologia somente perde para as doenças cardíacas e para o câncer nos EUA e no mundo. Afirma que a dor nas costas é o segundo motivo de visita aos clínicos nos EUA, sendo que 1,3 bilhões de pessoas perdem um dia de serviço em consequência deste mal; 1 bilhão perdem por dor articular; e 0,6 bilhões perdem por dor de cabeça. Conclui que a dor nas costas, a dor articular e as fibromialgias são as dores crônicas mais freqüentemente encontradas. Este autor diz, ainda, que, apesar do estudo das metanálise do uso das Medicinas Alternativas para o tratamento da dor crônica serem inconclusivos, a Acupuntura pode prover algum alívio na dor crônica dos pacientes.

Becker et al. (1997) realizaram um estudo da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde/QVRS com dor crônica não maligna no centro multidisciplinar de dor na cidade de Copenhaga, Dinamarca. Utilizaram para esta avaliação as seguintes escalas: *VAS* para a intensidade da dor crônica; para a qualidade de vida o *Medical*

*Outcome Study Short Form (SF- 36)*; a *Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)* e para os aspectos psicológicos a *Psychological General Well-Being Scale (PGWB)*. Segundo estes autores, o estudo confirmou o grave impacto multidimensional da dor crônica e demonstrou que a QVRS em pacientes portadores de dor crônica não maligna está entre as mais baixas observadas em diversas condições médicas, tais como, as cardiopulmonares, depressão, hipertensão e doenças gastrointestinais. Concluíram, também, que a qualidade do sono dos pacientes portadores de dor crônica era ruim, e que o bem estar físico, psicológico e social estavam significativamente reduzidos neste grupo.

Grant et al. (1999) realizaram um estudo *randomizado*, comparando o resultado da Acupuntura com o *TENS* para o tratamento de dor crônica nas costas. Utilizaram para esta avaliação uma *VAS* e a dimensão da dor do *NHP*. O resultado de ambos os tratamentos foi estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ), indicando o benefício destas terapêuticas no manejo da dor crônica nas costas.

Os autores citados anteriormente e outros que estudam a utilização da Acupuntura no controle da dor crônica benigna, relatam que esta terapêutica apresenta resultados cuja probabilidade de significância é  $p < 0,001$ ; portanto beneficia os pacientes com dor crônica. Todos, porém, lamentam as dificuldades metodológicas da avaliação dos resultados desta terapêutica, e sugerem que este é um desafio que a pesquisa em avaliação tem que superar.



### 1.3 – Avaliação em Saúde

A revisão teórica da pesquisa em avaliação, mostra um grande número de conceitos, atributos e metodologias Donabedian (1984) , Sylver (1992), Reis et al. (1990) e Silva & Formigli (1994). A avaliação das práticas médicas e dos serviços de saúde sempre existiu, quer simplesmente através da opinião pública, quer pelos conselhos corporativos. A primeira sistematização contemporânea de avaliação da prática médica veio de forma indireta através do relatório Flexner (1910), onde o ensino médico foi avaliado. Em o “A study in Hospital Efficiency: the first five yers”, (Codman, 1916 apud Reis et al., 1990) apresenta uma proposta de metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes internados nas diferentes etapas de sua permanência hospitalar, prolongando esta avaliação para o que poderia ocorrer em até um ano após as intervenções realizadas. Este trabalho é considerado como o marco inicial da sistematização dos mecanismos de avaliação. A partir dele, outros grupos, como o Colégio Americano de Cirurgiões, avaliaram a qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais, criando processos avaliativos que perduram até os dias atuais. A crescente demanda por serviços de saúde associada ao aumento da complexidade da atenção (sofisticação da tecnologia e do procedimento médico) elevaram os gastos com a saúde, gerando problemas orçamentários aos governos, principalmente aos ditos países do centro, ficando evidente a necessidade de otimizar os recursos destinados ao setor. Esta necessidade de racionalização dos recursos aplicados em saúde impulsionou a pesquisa em avaliação da qualidade e dos custos da atenção médica (Reis et al., 1988).

Na atualidade, existem várias propostas de estudos de avaliação, porém o

autor que mais tem se destacado e servido como referência para inúmeros trabalhos na área de saúde coletiva é Donabedian (1984). Este autor apresenta uma proposta de avaliação de atenção médica dividida em três aspectos que são: estrutura, processo e resultado. A avaliação dos resultados é definida como a mudança no estado de saúde atual e futuro do paciente, atribuível à assistência médica anterior. Inclui tanto mudanças sociais e psicológicas como as tradicionais físicas e fisiológicas, assim como as de atitudes, satisfação e comportamento. Quando se observam mudanças no estado de saúde é necessário ter uma série de informações anteriores para que se possa supor que as mudanças ocorridas devem-se realmente à atenção prestada. É necessário que se demonstre a ausência de outros fatores que possam explicar a melhora do resultado. O autor cita Freeborn y Greenlick (1973 apud Donabedian, 1984) como a mais significativa contribuição conceitual aos postulados de avaliação ao subdividirem o resultado em “satisfação do provedor” e “satisfação do paciente”. Com relação à satisfação do paciente, o autor cita diversas situações que, por terem o poder de alterá-la, devem ser levadas em consideração ao se avaliarem resultados: morbidade, doença prevenível ou não, doença não diagnosticada, incapacidades físicas e psicológicas decorrentes da doença, restabelecimento das funções físicas, psicológicas e sociais, compreensão da doença, adesão ao tratamento, uso de outros tratamentos concomitantes, assim como a capacidade do paciente de buscar a utilização do serviço, além da relação médico/paciente.

A avaliação do resultado é muito complexa, pois o estado de saúde é dependente de muitos fatores inter-relacionados, por isso utilizam-se medidas de capacidade física e estado funcional, estado de saúde mental, medidas de impacto da doença sobre o comportamento dos indivíduos, além da medida de percepção pessoal

de saúde geral.

Segundo Conill (1982), nas duas últimas décadas, a crise do modelo biomédico tem gerado no sistema de saúde de diversas sociedades contemporâneas dois grandes movimentos. De um lado, surgem propostas de reformas com características racionalizadoras e de outro, o aparecimento de racionalidades médicas distintas, as chamadas práticas alternativas.

Patel (1987), discutiu a aceitação e os problemas de avaliação das denominadas “medicinas alternativas”, especificamente a Homeopatia e a Acupuntura, por parte da “medicina científica”. Relata que, em geral, a não aceitação da “medicina alternativa” por parte da “medicina científica” deve-se à falta de rigor na avaliação dos tratamentos daquelas, mesmo que alguns tratamentos da própria “medicina científica” não apresentem também, muito rigor. Segundo este autor são as diferenças de paradigmas que mais dificultam esta aceitação. A “medicina científica” com o modelo bioquímico etiológico e sua causalidade materialista encontra dificuldade de aceitação dos paradigmas da “medicina alternativa” que usa termos como “energia”, “holístico” e “harmonia”, expressões que podem ter equivalentes àquelas usadas na “medicina científica” tais como: energia física, interação e equilíbrio. Além do mais, a “medicina alternativa” necessitaria explicar melhor suas teorias, fenômenos e discurso.

Com relação à Acupuntura, observa que, obviamente, o termo “energia” não é a energia física clássica criada mecanicamente (calor, luz, eletro-magnetismo ou energia cinética), mas mais propriamente uma característica humana. Também discute a necessidade de entender-se melhor o conceito de Meridianos e pontos de Acupuntura por onde circula esta “energia”. Na terapia com Acupuntura relata que

existem duas possibilidades: a primeira é a prevenção das doenças e a manutenção da saúde; a segunda é o tratamento das doenças. Neste caso, o tratamento da dor crônica com a Acupuntura tem gerado muitos trabalhos clínicos, nos quais muitas vezes seus paradigmas são deixados de lado, sendo somente utilizada a indicação de pontos de acordo com a “medicina científica”, com resultados estatisticamente favoráveis. Conclui que diante da satisfação e do grande uso da população por estas medicinas, a comunidade científica deve seguir investigando-as.

Visser et al. (1992), estudaram a utilização de práticas alternativas em pacientes reumatológicos, mostrando aspectos da satisfação dos pacientes e das atitudes dos médicos na Holanda. Praticamente a metade dos pacientes fez uso concomitante desses serviços, principalmente Acupuntura e Quiropraxia. O maior número de consultas ocorreu no grupo que não estava satisfeito com a medicina oficial, muito embora a eficácia das formas alternativas não tenha se mostrado superior.

Luz, em 1993, realizou estudos dos seguintes sistemas médicos: medicina ocidental contemporânea, medicina homeopática, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica. Estes sistemas são descritos e comparados a partir de traços fundamentais de sua cosmologia, doutrina e aspectos principais referentes à morfologia, fisiologia, diagnóstico e terapêutica. Chama atenção para o fato de que, após o estudo das diferentes dimensões que compõem esses sistemas, é possível estabelecer critérios práticos de verificação de sua eficácia adequados a essas racionalidades.

Tendo em vista, então, sua importância atual, predominam estudos visando estabelecer a frequência da utilização, o perfil e a satisfação dos usuários e a atitude

dos médicos face às terapias não convencionais. Os custos e as possibilidades de integração dessas terapias no sistema de saúde formal constituem também objetos de pesquisa. Assim, Eisenberg et al. (1993) e MacLennan et al. (1996), em dois amplos inquéritos realizados no Estados Unidos e na Austrália, mostraram que 34% e 48,5% das pessoas, respectivamente, relataram fazer uso desses recursos. Estes trabalhos demonstraram os altos gastos diretos estimados com este tipo de serviço, comparáveis àqueles correspondentes aos gastos anuais com internações nos Estados Unidos e aos gastos com o consumo anual de medicamentos alopáticos na Austrália. Mostram o perfil dos usuários destas práticas nestes países, chamando atenção para os gastos crescentes com a chamada indústria de medicinas alternativas e para a necessidade de sua avaliação.

Bossy (1995), publica um trabalho sobre pesquisa em Acupuntura, referindo-se à necessidade de análises e estudos da "validação social" desta prática, tendo-se em consideração sua ação preventiva e resolutividade, a fim de que os profissionais possam fazer uma escolha consciente de sua utilidade para cada país ou região. Entende por validação social, estudos que determinem sua aplicação quanto ao ato médico, duração da doença, duração da incapacidade para o trabalho, a rapidez da recuperação, as terapêuticas associadas, o custo dos efeitos iatrogênicos, o conforto e a qualidade de vida do paciente.

Paramore (1996), também em estudo sobre a utilização das práticas alternativas nos EUA, examina as diferenças do perfil dos pacientes usuários e dos não usuários desta prática. Conclui que estas práticas, são muito populares neste país, pois 10% (25 milhões) de norte-americanos haviam procurado um profissional de medicina alternativa em 1994. O tipo de medicina alternativa mais procurada foi a

Quiropraxia seguida das massagens e da Acupuntura. Sugere que as pesquisas dos serviços de saúde prestem mais atenção à magnitude do uso das terapias alternativas.

Cassidy (1998), realizou um estudo composto de duas partes: qualitativo e quantitativo para avaliar a utilização, a satisfação e a pluralidade médica do uso da Medicina Chinesa nos EUA. Na análise dos resultados da primeira parte, concluiu que os usuários são de meia idade, a maioria do sexo feminino, com diploma de graduação, trabalhadores técnicos com renda média. Procuram a Acupuntura por problemas músculo-esqueléticos, para cuidar do humor e para estar bem. A grande maioria dos entrevistados observa que os sintomas desapareceram ou melhoraram, que melhorou sua qualidade de vida e que diminuiu o uso de medicamentos e cirurgias.

Das práticas não convencionais, a Acupuntura teve sua expansão recomendada por Bannerman em 1979, em publicação oficial da Organização Mundial da Saúde, aos sistemas de saúde dos países ditos em desenvolvimento, tendo em vista sua eficácia, baixo custo e limitado potencial iatrogênico. Este autor apresenta uma lista de doenças tratáveis, sem uma eficácia científica comprovada pela Acupuntura, doenças essas que são frequentes em serviços de saúde pública, tais como as doenças do sistema respiratório e do sistema neuro-músculo-esquelético.

A difusão da Acupuntura para o ocidente vem gerando, então, inúmeros trabalhos visando comprovar sua eficácia e importância no campo da saúde pública. Quanto à avaliação de sua eficácia, destacam-se as dificuldades de cunho metodológico, tais como, escolha de grupos de controle, condições de controle por placebos em ensaios clínicos e adequação de medidas de resposta ao tratamento (Patel et al., 1989, Vincent & Richardson, 1986), além das dificuldades de avaliar

com um referencial cartesiano um procedimento pertencente a uma outra racionalidade médica.

Em 1988, o Ministério da Previdência e Assistência Social, através de sua Secretaria Geral, publica a Resolução Ciplan Número 05 de 08/03/1988 que normatiza a implantação da Acupuntura nos serviços públicos de saúde, para garantir o acesso da população a este tipo de assistência médica. A partir desta resolução, inicia-se um processo de abertura de ambulatórios de Acupuntura nos serviços públicos, que até os dias atuais encontra-se em expansão. Surgem serviços de Acupuntura em todo o país, em todos os níveis de atenção voltados tanto ao ensino quanto à assistência, chegando-se atualmente a um número aproximado de 59 centros de saúde que oferecem esta possibilidade terapêutica aos usuários do Sistema Único de Saúde, segundo relatório da Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura.

Na realidade, apesar de ser grande a ampliação da assistência com Acupuntura no Brasil, poucos são os trabalhos publicados na área, como se observa ao examinar os programas dos Congressos da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco: 1986, 1989, 1992, 1995, 1997, 1998, 1999). Também são reduzidas as publicações em revistas de saúde coletiva. Um dos poucos trabalhos encontrados intitula-se "Acupuntura no Ocidente" (Palmeira, 1990). Neste trabalho, o autor faz uma análise da problemática da pesquisa em Acupuntura, ressaltando também a dificuldade da aplicação do método científico ocidental para validar essa prática. Discute a crise do modelo assistencial e descreve alguns aspectos da racionalidade da Medicina Tradicional Chinesa, sugerindo a possibilidade da integração dos dois sistemas terapêuticos.

No âmbito deste movimento, a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social

da Prefeitura Municipal de Florianópolis (SSDS/PMF) implanta em 1990, de forma pioneira no centro desta cidade, um serviço de assistência com Acupuntura. Atualmente, a cidade de Florianópolis conta com 4 serviços, com onze profissionais médicos, (destes, seis estão com vínculo exclusivo para Acupuntura e cinco têm vínculo parcial) e, mesmo assim, a demanda é extremamente reprimida.

Apesar da inexistência de estudos que avaliem a estrutura e o processo dos serviços de Acupuntura no Brasil, optou-se em avaliar o resultado do tratamento, procurando contribuir com o rumo das pesquisas internacionais em Acupuntura nas quais se busca a melhor forma de sua avaliação. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1995, publicou um guia de pesquisa em Acupuntura, cujas metas são fortalecer a pesquisa clínica e promover o uso racional da Acupuntura. Considera-se também importante que os governos legislem e regulamentem a Acupuntura, assegurando, assim, a qualidade dos serviços e a administração da sua prática. Quanto às pesquisas, alerta para a necessidade de considerações dos princípios éticos de justiça, respeito às pessoas, benefícios ou não malevolência. O texto sugere também que um bom estudo clínico em Acupuntura deve ser conduzido com a integração do conhecimento moderno e tradicional da medicina. O trabalho sugere que os métodos possíveis de serem utilizados em pesquisa clínica de Acupuntura são: estudo clínico controlado aleatoriamente, coorte, estudo retrospectivo, caso controle, pesquisa de desfecho, estudo seqüencial, estudo de paciente único, auditoria clínica, epidemiologia da Acupuntura, estudos antropológico e avaliação pós assistência.

Ao se observar os conceitos clássicos da Síndrome de Obstrução Dolorosa intensa de Acupuntura de Xinnong (1999) e o conceito de dor crônica da *IASP*,



observam-se algumas semelhanças, como a ocorrência periódica e a incapacidade física, então uma analogia entre esses conceitos é possível. A pergunta que surge imediatamente após esta observação é: como avaliar a dor crônica tratada com a Acupuntura? Uma das respostas possíveis é apresentada pelo modelo biopsicossocial desenvolvido por Engel (1980) e aplicado para medir qualidade de vida.

Segundo Donabedian (1984), a avaliação do resultado de uma determinada assistência médica é muito complexa, pois o estado de saúde é dependente de muitos fatores que estão inter-relacionados. Por esta razão, deve-se utilizar medidas de capacidade física e estado funcional, estado de saúde mental, medidas de impacto da doença sobre o comportamento dos indivíduos, além de medidas de percepção pessoal de saúde geral. Para avaliar a percepção de saúde num estudo do tipo antes e depois de uma determinada assistência médica, é necessário buscar formas de medidas de saúde que contemplem toda a complexidade da avaliação deste resultado. Os conceitos e instrumentos de avaliação de QVRS, discutidos a seguir, parecem-nos promissores nesse sentido.

#### 1.4 – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde/QVRS

Conforme mencionamos, segundo McSweeny e Creer, 1995, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1947, conceituou “saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença”, propiciou o início da inclusão do conceito de qualidade de vida aos conceitos do cuidado médico. Ainda, segundo esses autores, George Engel é quem impulsiona a discussão da aplicação científica dos conceitos psicossociais no cuidado à saúde ao discutir o papel do modelo biopsicossocial na medicina. Engel (1980) considera que o modelo dominante na medicina é o modelo biomédico, o que para este autor é um modelo limitado, por isso sugere a utilização do biopsicossocial. O modelo biopsicossocial utiliza a teoria de sistemas em biologia de Weiss e von Bertalanffy (1968).

Esta teoria argumenta que a natureza tem uma ordem hierarquizada e organizada continuamente do mais complexo (grandes unidades super ordenadas) para o menos complexo (pequenas unidades). O modelo biopsicossocial de Engel trabalha com duas hierarquias extremas, de um lado o individual e do outro o social. Entre esses dois extremos encontram-se as diversas fases que devem ser analisadas ao se avaliar uma situação médica qualquer. Estas fases são, segundo este autor, dinamicamente hierarquizadas e o nome de cada uma reflete suas propriedades e características. As fases deste sistema hierarquizado indo do mais para o menos complexo são: biosfera, sociedade-nação, cultura-subcultura, comunidade, família, duas pessoas, pessoa (experiência e comportamento), sistema nervoso, órgãos e sistemas orgânicos, tecidos, células, organelas, moléculas, átomos, partículas

subatômicas. Cada sistema é componente de um grande sistema. Assim, as células são componentes do sistema de tecidos, que são componentes dos órgãos que, por sua vez, compõem a pessoa. Pessoa e duas pessoas são componentes da família, que faz parte da comunidade, que pertence a uma cultura de uma nação localizada em uma biosfera. Nenhuma fase, portanto, existe isoladamente. O indivíduo representa ao mesmo tempo a mais alta hierarquia do organismo e a mais baixa hierarquia da sociedade. Assim, ao se referir a um paciente, este vai ser caracterizado em várias fases do sistema: é um indivíduo em seu grande sistema social, com nome, idade, sexo, estado civil, ocupação, residência, cultura, nação e meio ambiente e, ao mesmo tempo, localiza-se qual o sistema orgânico (tecido, célula, organelas) afetado pela doença, (Engel, 1980). A abrangência do modelo biopsicossocial faz com que o termo qualidade de vida relacionada à saúde, relacione-se com o aspecto psicossocial do modelo de medicina de Engel (McSweeny e Creer, 1995).

O grupo da *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL Group)* definiu “qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto da própria cultura e dos valores do sistema de sua vida em relação a sua meta, expectativas, padrão e interesse” (1993, p.162). Este grupo define que os instrumentos que medem qualidade de vida devem ser organizados em cinco grandes dimensões:

Saúde física: percepção individual da condição e funcionamento do corpo; aqui inclui a dor e o desconforto, a vitalidade e a fadiga e a função sensorial;

Saúde psicológica: percepção individual das condições cognitivas e afetivas;

Nível de independência;

Relações sociais: percepção individual das relações interpessoais e função

social na sua vida;

Meio ambiente.

Uma sexta dimensão denominada de espiritual (religião ou crença pessoal) foi incluída recentemente no estudo do *WHOQOL Group* de 1995.

Muitos autores vêm, ao longo dos anos, conceituando qualidade de vida. A revisão das definições revela semelhanças e variações, particularmente em termos de compreensão, especificidade e propósito teórico. A diversidade de opiniões dos pesquisadores pode ser observada basicamente nas diferentes opiniões quanto ao número de dimensões necessárias para indicar a qualidade de vida. A frase “relacionado à saúde” pode ou não ser adicionada para a definição e é uma tentativa de fazer o conceito ser mais restrito (McSweeny e Creer, 1995).

Qualidade de vida relacionada à saúde é reconhecida como a noção representada pela percepção individual dos efeitos físicos, mental e social da doença no viver cotidiano, cuja influência se estende na percepção de bem estar físico e na satisfação pessoal daquilo que se conseguiu na vida (Bowling, 1997).

Patrick e Ericson em 1993, definiram qualidade de vida relacionada à saúde “como o valor atribuído pelo indivíduo, grupo ou sociedade para a duração da sobrevivência modificada pelos danos, condição funcional, percepção e oportunidade social influenciada pela doença, pelos danos, tratamentos e políticas” (1993, p.82). Esta definição envolve cinco amplos conceitos que são: oportunidade, percepção de saúde, estado funcional, comprometimento e sobrevivência. Estes autores desenvolveram um estudo no qual colocam estes cinco conceitos de QVRS organizados arbitrariamente dentro de um espectro, em que no topo está a oportunidade como posição positiva máxima e, em sua base, a posição negativa máxima representada

pela morte ou pela sobrevivência. Os autores chamam a atenção para o fato de que nem todos os indicadores ou medidas destes conceitos podem ser localizados hierarquicamente no referido espectro (Quadro 4), pois diferentes níveis dos conceitos cobrem toda a sua faixa e interações dos conceitos e dimensões se padronizam em diferentes níveis de QVRS. O quadro 4 descreve os conceitos (oportunidade, percepção de saúde, estado funcional, comprometimento e morte) e suas dimensões com o seu respectivo significado.

**Quadro 4 - Conceitos e dimensões de QVRS segundo Patrick e Ericson (1993)**

Conceitos	Dimensões	Definição/indicador
Oportunidade	Deficiência	Desvantagem por motivo de saúde
	Perseverança	Habilidade de suportar o stress; capacidade para a saúde
Percepção de saúde	Geral	Auto-avaliação de saúde; preocupações com a saúde
	Satisfação com	Bem-estar físico, psicológico e social
Estado funcional	Função social	
	Limitação na função usual	Limitação aguda ou crônica na função social usual (maior atividade) criança, estudante e trabalhador
	Integração	Participação na comunidade
	Contatos	Interação com outras pessoas
	Intimidade ou função sexual	Percepção de sentimentos de proximidade; atividade sexual ou problemas com ela
	Função psicológica	
	Afeto	Comportamentos e atitudes psicológicas, incluindo desconforto, bem estar ou felicidade
	Cognição	Estado de alerta, desorientação e problemas de raciocínio
	Função física	
	Restrições de atividades	Redução aguda ou crônica na atividade física, mobilidade, auto-cuidado, sono e comunicação
	Aptidão	Desempenho da atividade com vigor e sem fadiga excessiva
Comprometimento	Sintomas/ Queixas subjetivas	Relatos de sintomas físicos e psicológicos, dor, sensações/problemas de saúde ou sensações não diretamente observáveis
	Sinais	Exame físico
	Doença auto-relatada	Lista relatada pelo paciente de doenças
	Medidas fisiológicas	Dados de laboratório, registros e interpretações clínicas
	Alterações tissulares	Evidência patológica
	Diagnóstico	Julgamento clínico após todas as evidências
Morte e duração da vida	Mortalidade e sobrevivência	

Fonte: Patrick e Ericson, Conceitos de QVRS, 1993.

Os conceitos de QVRS e suas dimensões segundo Patrick e Ericson, 1993, são descritos a seguir:

## **1 – Oportunidade**

É definida como o potencial para uma condição de saúde, ou seja “ser todo o que um pode ser” e, avalia os estigmas e oportunidades perdidas em consequência de problemas de saúde. Qualidade de vida é uma avaliação do potencial para o crescimento. Dentro deste conceito encontram-se duas importantes dimensões: a deficiência e a perseverança.

1.1 - Deficiência: é o fato de um indivíduo estar em desvantagem em relação a outro indivíduo devido à doença. Os autores entendem que um importante princípio social para pessoas com doenças ou incapacidades é a de que devem ter acesso a todos os aspectos da vida tais como ingresso físico e social ao meio ambiente, à educação, ao aperfeiçoamento e à colocação profissional. Portanto, quando a uma pessoa com doenças ou incapacidades são negadas as oportunidades disponíveis em uma comunidade para os elementos fundamentais da vida, esta pessoa está em desvantagem. A desvantagem tem que ser avaliada não somente pelo comprometimento e disfunção sentida, mas também pelas atitudes dos empregadores, disponibilidade de emprego, necessidade do trabalho e opções vocacionais abertas àquela pessoa. Ao mesmo tempo, estes fatores são dependentes da inteligência, idade, estabilidade emocional, educação e experiência laboral anterior. Para avaliar a desvantagem é necessário: primeiro, avaliar a norma social do grupo; segundo identificar pessoas com problemas de saúde ou incapacidades que as impeçam de

atingir esta norma e terceiro, avaliar a oportunidade para obter o estado normativo (disponibilidade de emprego, número de pessoas com deficiências que participam da força do trabalho comparado com o de pessoas sem deficiência).

1.2 - Perseverança: é a habilidade que o indivíduo apresenta para conviver com o estresse produzido pela doença ou incapacidade. É uma reserva psicológica.

## **2 – Percepção de saúde geral**

Este conceito engloba tanto a percepção geral de saúde como a satisfação com a saúde.

2.1 - Percepção geral de saúde: esta dimensão avalia a percepção de uma pessoa em relação ao seu bem-estar fisiológico, físico, psicológico, social, as oportunidades e o respeito. Pode também ser um indicador do valor do cuidado médico para reconfortar os pacientes e reduzir a incerteza. Normalmente utiliza-se uma escala de auto-avaliação de saúde para se relatar “excelente, boa, regular e insatisfatória”. É considerada um importante indicador subjetivo do estado de saúde.

2.2 - Satisfação com a saúde: é uma medida na qual as pessoas sentem que suas necessidades ou aspirações são realizadas. A satisfação é importante para se avaliar como as pessoas comportam-se, tomam decisões, comunicam-se com profissionais, seguem esquemas terapêuticos ou aceitam o inevitável. O conceito de qualidade de vida incorpora os recursos objetivos das pessoas e sua satisfação subjetiva com estes recursos. A satisfação é um conceito que origina muitos problemas metodológicos e teóricos, especialmente quando é comparada com os conceitos de felicidade e moral. Satisfação com a saúde é um conceito de estado



geral da saúde utilizado nas primeiras classificações de variáveis de resultados de saúde.

### **3 – Estado funcional**

Esta dimensão procura determinar o funcionamento do indivíduo nas áreas físicas, mental e social de sua vida. Tem como substrato básico o conceito de saúde da OMS. É dividida em três subdimensões: função social, função psicológica (afeto e cognição) e função física (restrição de atividades e aptidão).

3.1 - Função social: o bem estar social é derivado da percepção, motivação, atitude e comportamento individual e de circunstâncias externas ao indivíduo, tais como: vida na comunidade, meio ambiente, transporte e recursos financeiros. Nesta dimensão avalia-se a limitação nos papéis sociais habituais, integração e contato social e intimidade.

3.1.1 - Limitação nos papéis sociais habituais: avalia as limitações agudas ou crônicas na principal atividade do indivíduo, indo da infância até a terceira idade. As atividades são classificadas em maiores e outras. Assim, as maiores dependem da idade de cada indivíduo e podem ser descritas sinteticamente como: a função das crianças abaixo de cinco anos é ir a pré-escola e participar das atividades normais para a idade; dos cinco aos dezessete anos freqüentar a escola; depois trabalhar e/ou manter um lar e, dos setenta a mais anos, ser capaz de cuidar do lar ou ter capacidade de independência de vida diária. As outras são a participação em atividades sociais recreativas de clubes ou grupos.

3.1.2 - Integração social: refere-se à participação do indivíduo na comunidade

como membro de organizações cívicas, políticas ou religiosas. Pode ser muito importante para pessoas que não têm relações familiares estreitas ou amigos. Esta integração pode oferecer apoio psico-social como simpatia, encorajamento, sensação de auto-estima, ajuda financeira, conselhos e direcionamento especialmente para pessoas que necessitem de assistência para as atividades da vida diária. Têm uma importante influência na sobrevivência, na recuperação, na evolução da doença e em outros resultados da saúde.

3.1.3 - Contato social: refere-se à frequência de visitas de amigos, parentes, número de participação de encontros e atividades comunitárias, ou tipos de interação social, sendo outro componente de bem estar social. Sua importância para diferentes componentes do estado de saúde não está bem determinada.

3.1.4 - Intimidade: diz respeito a algumas pessoas do convívio social de um indivíduo que podem supri-lo de sentimentos de confiança e proximidade. Estes sentimentos podem representar um importante fator de suporte para aqueles com doenças graves ou morte. O contato social e a intimidade podem ser providos pela mesma pessoa ou círculo social. A seleção dos conceitos mais importantes e apropriados de bem estar social não estão claros. O Perfil de Saúde de *Nottingham* (*NHP*), escala sobre a qual nos deteremos com mais propriedade a seguir, e o *Sickness Impact Profile* (*SKP*), bem como outras medidas de QVRS avaliam a função social medindo o número e a percepção da qualidade dos contatos sociais com a família, amigos, participação nas atividades da comunidade e atividade sexual, alterados ou não pela doença.

3.2 - Função psicológica: as dimensões da função psicológica são muitas vezes restritas a indicadores de felicidade, angústia moral e afeto positivo. Esta

função origina-se da mente e das emoções e incluem aspectos cognitivos como estado de alerta, confusão, impedimentos e concentração. Tanto o afeto como a cognição são importantes para avaliar QVRS, pois ambos podem ser alterados pela doença e pelos tratamentos.

3.2.1 - Função afetiva: tenta avaliar angústia psicológica e o bem estar, tem sido discutida na literatura e numerosas escalas foram desenvolvidas para avaliação das disfunções psicológicas, principalmente a angústia, a depressão e a ansiedade. Estudos recentes indicam que pacientes com depressão tendem a apresentar pior papel físico, social e funcional, além de uma pior percepção de saúde. Sintomas depressivos e doenças crônicas interagem resultando em um estado funcional pobre (Wells, Stuart, et al.,1989 apud Patrick, 1993). Os estudos devem considerar o viés cultural originado das diferenças culturais e econômicas das nações.

3.2.2 - Função Cognitiva: é um componente do bem estar psicológico. Doenças crônicas e pacientes idosos podem ter confusão mental, dificuldade no julgamento e raciocínio, comprometimento da concentração e do pensamento devido a ampla variedade de processos patológicos ou pelas terapias que comprometem o cérebro. A perda da função cognitiva por causa de tratamentos de doenças pode produzir grande angústia psicológica. Mudanças na função intelectual são freqüentemente importantes para avaliar o estado mental de independência nas atividades de vida diária. Itens do estado mental também devem ser incluídos nas medidas de estado geral de saúde. A relação entre medidas cognitivas e afetivas para o bem estar psicológico não estão bem compreendidas. A relação entre função cognitiva e social pode representar uma dificuldade para a separação operacional, porque ambas são produtos do ambiente. Então, medidas da função afetiva e

cognitiva são freqüentemente usadas em associação com medidas da função social ou de bem estar.

3.3 - Função física: é particularmente importante para avaliar tanto o impacto das doenças crônicas quanto as tecnologias emergentes e seus efeitos na evolução e resultado de doenças crônicas como as renais, cardíacas e respiratórias crônicas. Medidas de QVRS são particularmente importantes para grupos de populações dependentes de outros para atividades essenciais da vida diária (idosos e pessoas com comprometimento grave). As medidas de função física são classificadas em duas dimensões: restrições de atividade e aptidão física.

3.3.1 - Restrições de atividade: é a redução de longo prazo que as pessoas apresentam na capacidade de realizar a média de atividades de seu grupo de idade. É um conceito freqüentemente utilizado pelos clínicos para obter a história dos pacientes. Atividades de vida diária incluem caminhar, banhar-se, sair à rua, sair ou ir para a cama, ou cadeira, vestir-se, usar o banheiro e comer. As incapacidades freqüentemente relatadas são as restrição de movimentos do corpo (dificuldade para se abaixar ou andar), a mobilidade limitada (ficar acamado, não poder dirigir carros nem usar transporte público), ou interferência com as atividades de cuidados pessoais (banho, vestir-se ou alimentar-se sem ajuda). A redução da capacidade para realizar as atividades da vida diária é um importante conceito para medir saúde e bem estar em estudos populacionais, pois esta capacidade é um dos mais importantes valores da sociedade. Quatro tipos de restrições de atividades são comumente avaliadas: dias perdido de trabalho (são dias perdidos por trabalhadores de 18 anos ou mais); dias perdidos de escola (são dias de aula perdidos por estudantes de 5 a 17 anos); diminuição do dia (quando a pessoa diminui por mais de meio dia suas atividades

usuais); dias acamados (são mais de meio dia permanecido de cama). Estes dias perdidos referem-se a efeitos de curto tempo das doenças. Cada dia é contado somente uma vez, mesmo que mais de um tipo de restrição esteja envolvido. As atividades de vida diária mais freqüentemente relatadas como diminuídas são caminhar para o banheiro e ir para a rua.

3.3.2 - Aptidão: mede a energia, a resistência, a velocidade, é a mais positiva natureza da atividade física. O uso da aptidão para medir QVRS é devido aos esforços de promoção de saúde para melhorar o desempenho da atividade laboral com vigor e sem fadiga excessiva. A aptidão física está intimamente relacionada com o conceito de perseverança da dimensão de oportunidade. Medida individual de aptidão inclui como ítems tanto a habilidade para caminhada extensa num campo de futebol quanto a velocidade com que uma pessoa pode caminhar no pátio. Medidas de aptidão física são de difícil aplicação numa população pois são aplicadas diferentes normas para grupos de diferentes idades, sexo e doenças. O que define aptidão física para um determinado grupo de população incapacitado por alguma doença difere da aptidão física de outro grupo de pessoas com outra doença.

#### **4 – Comprometimento**

Inclui a categoria das morbidades, portanto avalia a presença ou ausência das anormalidades no indivíduo. Estas anormalidades podem estar presentes no nascimento ou adquiridas através de um processo patológico ou traumatismo. A morbidade inclui tanto as mudanças patológicas que ainda não foram reconhecidas como as que se tornaram evidentes para o paciente e para o clínico. A dimensão da

morbidade contempla anormalidades psicológicas, fisiológicas e anatômicas. São seis os conceitos de comprometimento: sintomas ou queixas subjetivas, sinais, doença auto-relatada, medidas psicológicas, alterações teciduais e diagnóstico.

4.1 - Queixas subjetivas: são sintomas relatados pelos entrevistados que freqüentemente não são observados de forma direta pelos entrevistadores ou avaliadores. Relatos dos sintomas físicos e psicológicos, sensações, dor, problemas de saúde, ou outras sensações de anormalidade são melhor conhecidos pela pessoa que os experimenta, embora inferências úteis possam ser feitas por observadores objetivos. Quatro tipos de queixas são comumente avaliadas: sintomas físicos, problemas de saúde, comprometimento e dor. A dor geralmente está incluída na classificação do estado de saúde, pois além de ser uma queixa freqüentemente relatada é considerada importante pelas pessoas. Dor é uma forte experiência subjetiva. O efeito da dor no comportamento do indivíduo depende da sua intensidade e do seu tempo de evolução.

4.2 - Sinais: são evidências ou sinais objetivos observados através do exame físico, associados com os sintomas auto-relatados. Dados obtidos pelo exame clínico sob condições padronizadas são geralmente considerados menos susceptíveis para o viés de não resposta do que os dados fornecidos pelo próprio indivíduo (Pearce, 1985 apud Patrick, 1993).

4.3 - Doença auto-relatada: o relato da doença pode ser feito por pacientes que foram informados pelo clínico de seu estado de saúde, ou por aqueles aos quais nada foi comunicado. É uma boa medida determinar se o paciente foi informado neste sentido, pois isto oferece informação útil quanto à percepção de doença do paciente. Os estudos de doença auto-relatada devem observar as diferenças étnicas e

culturais, pois produzem experiência e interpretação diferente dos sintomas e da dor.

4.4 - Medidas fisiológicas: existem muitas delas utilizadas para detectar anormalidades tais como, contagem sangüínea, tolerância a glicose, fluxo respiratório forçado. Os registros destes testes são observados e interpretados. Medidas fisiológicas são utilizadas nas análises de políticas para definir o objetivo da prevenção e para monitorar o progresso destes objetivos.

4.5 - Alterações tissulares: as mudanças nos tecidos do corpo podem ser detectadas por evidências patológicas obtidas por autópsia ou exames dos tecidos coletados durante cirurgias. Embora este tipo de evidência possa ser importante nas investigações clínicas da doença e suas complicações, tais dados não são freqüentemente coletados para monitorar o estado de saúde das populações.

4.6 - Diagnóstico: refere-se à avaliação médica de condições individuais, compreendendo a história, inspeção, exame físico, sintomas e medidas fisiológicas para estabelecer-se o diagnóstico e o prognóstico de doenças. Muitos estudos clínicos incorporaram este componente em um protocolo sistemático que define critérios de diagnósticos. Tais critérios assumem grande importância na identificação de grupos experimentais comparáveis, submetidos a diferentes tratamentos.

## **5 – Morte e sobrevida**

Conceitos de morte e sobrevida são necessários para a avaliação da doença e do resultado do tratamento. Em pacientes com doenças fatais, a previsão do tempo de sobrevida e o risco de morte são evidentemente importantes para o paciente, familiares, amigos e o médico. Para doenças ou condições com prognóstico mais

favorável e onde o tratamento farmacológico ou não farmacológico estão disponíveis, a mortalidade geralmente não é um indicador sensível para avaliar o impacto da terapia. O quadro 5 apresenta um resumo dos conceitos de QVRS e suas diferentes dimensões.

**Quadro 5 - Síntese dos conceitos de QVRS e suas dimensões**

Conceitos de QVRS	Dimensões de QVRS
Oportunidade	Deficiência; Perseverança.
Percepção de saúde geral	Percepção geral de saúde; Satisfação com a saúde.
Estado funcional	Função social (limitação no papel social usual, integração, contato social e intimidade); Função psicológica (afeto e cognição); Função física (restrição de atividade e aptidão).
Comprometimento	Queixas subjetivas, Sinais, Doença auto-relatada, Medidas fisiológicas, Alterações tissulares, Diagnóstico.
Morte e sobre-vida	Mortalidade e Sobrevivência.

#### 1.4. 1 - Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde/QVRS

Nas últimas três décadas, pesquisadores do mundo inteiro estão estudando e desenvolvendo as dimensões fundamentais de qualidade de vida e suas diversas escalas de avaliação. Bowling, 1997, publicou um livro na qual revisa qualidade de vida nos seguintes aspectos: conceitos de qualidade de vida, capacidade funcional, condição de saúde ampla, bem estar psicológico, rede e suporte social, satisfação com a vida, confiança e otimismo. Estuda também a teoria das medidas com suas principais escalas de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. Segundo a



autora, este abstrato e complexo conceito abrange todas as diversas áreas que contribuem para a satisfação pessoal e auto-estima e é dependente da experiência individual de cada um. Relata ainda, que a existência de um número muito grande de escalas reflete não só a grande “confusão” de conceitos como também a tentativa de se captar a “essência” de qualidade de vida relacionada à saúde. Aponta que, na revisão dos estudos realizada por diversos autores, observa-se que a consistência de algumas conclusões são dificultadas pelos delineamentos deficientes e métodos de avaliação inadequados.

A multiplicidade de instrumentos existentes para medir aspectos de QVRS reflete a confusão conceitual desta definição e a dificuldade para se encontrar um instrumento bem sucedido. O progresso, algumas vezes, é lento devido à diferença de opinião entre pesquisadores e políticos de saúde, com respeito à definição e medidas de saúde. Pesquisadores tendem à auto-avaliação da saúde: auto-avaliação das condições da saúde física, sensação de ansiedade, vigor, depressão, sensação afetiva geral positiva, expectativas futuras de saúde. Por outro lado, criadores de políticas podem preferir indicadores mais explícitos para a formulação de políticas de saúde, tais como limitações na atividades de vida diárias, dias acamados, avaliação da intensidade, frequência e duração da dor (Noack e McQueen ,1988 apud Bowling, 1998).

Para a autora, a seleção de um instrumentos para avaliar QVRS deve passar pela análise da doença específica, a amplitude que o instrumento requer, o tipo de escore em que o instrumento está baseado (os escores devem ser facilmente analisados em relação a outras variáveis), a confiabilidade, a validade, a sensibilidade da escala e a adequação do instrumento para a população estudada.

Diferentes escalas têm sido criadas para avaliar QVRS.

Para McSweeney e Creer (1995), o número e a sofisticação das escalas para medir QVRS são continuamente incrementados. Estes autores avaliaram seis escalas que são: *Sickness Impact Profile*, *Quality of Well-Being Scale (QWB)*, *Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS-SF-36)*, *COOP charts*, *MacMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)* e *Nottingham Health Profile (NHP)*. Afirmam que o *NHP* é um bom instrumento para medir QVRS em diversas patologias crônicas, tendo como uma de suas vantagens ser de aplicação rápida e fácil. Apresenta como desvantagem não servir para medir Qualidade de Vida em pessoas que tenham boa, ou média condições de saúde.

Também existem as medidas de qualidade de vida para doenças específicas, que são instrumentos ou procedimentos produzidos para avaliar um grupo de paciente ou de diagnóstico específico. O objetivo destes instrumentos é avaliar a resposta ou a mudança clínica de um grupo em particular. Podem incluir mudanças que o clínico e o indivíduo acreditam serem perceptíveis e importantes, que foram detectadas com uma intervenção de conhecida eficácia ou relacionada em medidas psicológicas. As doenças como câncer têm instrumentos de medida bem desenvolvidos, atualmente a Aids e as doenças pulmonares crônicas como a asma também tem sido bem estudada (McSweeney et al., 1995).

### **1.4.2 - Nottingham Health Profile (NHP)**

O *NHP* foi desenvolvido na Inglaterra, no final dos anos 1970, (Hunt et al., 1986 e Hunt et al., 1993 apud Grupo de Trabajo “calidad de vida y EPOC”, 1996) para medir a percepção subjetiva do impacto dos problemas de saúde. É um instrumento genérico para a medida do sofrimento físico, psicológico e social associado a problemas médicos, social e emocional, e do grau em que este sofrimento interrompe a vida das pessoas (Grupo de Trabajo “calidad de vida y EPOC”, 1996). Esta escala inicialmente não foi planejada para medir QVRS nem detectar condições ou estados de saúde com sintomas leves. Ao ser utilizada isolada, ela é insuficiente para avaliar a condição do impacto dos problemas de saúde na qualidade de vida. Quando é utilizada com este objetivo, deve ser associada com outras escalas, tais como escala para medir incapacidade funcional, índice de dor (*VAS*) e sintomas, medidas de distúrbio psicológico, métodos qualitativos ou quantitativos do impacto na função social (Bowling, 1998). Segundo seus autores, a escala é apropriada para a avaliação das intervenções médicas ou sociais em estudos do tipo antes e depois; como medida de resultado para comparação entre grupos; como instrumento de pesquisa para populações selecionadas, para o seguimento ao longo do tempo de mudanças em pacientes com doenças crônicas; como complemento da história clínica e para ensaios clínicos selecionados de pacientes (Hunt et al., 1986 e Hunt et al., 1993 apud Grupo de Trabajo “calidad de vida y EPOC”, 1996, p.49).

As perguntas do *NHP* foram originadas a partir de questionários já existentes, como o *Sickness Impact Profile*, com o qual foram entrevistados 700 pacientes com

diferentes tipos de doenças crônicas e agudas. Destas entrevistas, obteve-se um conjunto inicial de mais de 2000 expressões relacionadas com o impacto que as doenças causam na vida das pessoas. Em estudos posteriores, essas expressões foram sendo reduzidas e selecionadas, originando o *NHP*. A escala é dividida em duas partes. A primeira é composta de trinta e oito itens que pertencem às seis grandes dimensões da saúde: Energia (três itens); Dor (oito itens); Mobilidade Física (oito itens); Reações Emocionais (nove itens); Sono (cinco itens) e Isolamento Social (cinco itens). A segunda parte é formada por sete perguntas que buscam a existência de limitações nas atividades de vida diária devido a problemas de saúde: trabalho, trabalho doméstico, vida social, vida familiar, vida sexual, os passatempos e o tempo livre.

A validade do *NHP* original foi avaliada em diferentes estudos e sob diferentes circunstâncias, confirmando que o uso do questionário é adequado para uma ampla variedade de populações (Grupo de Trabajo “calidad de vida y EPOC”, 1996). Bowling, 1998, analisou a validade, a confiabilidade e a sensibilidade a mudanças do *NHP*. Segundo esta autora, o *NHP* foi bem testado por aspectos, conteúdo e critérios de validade e tem sido descrito como uma medida satisfatória de estado subjetivo de saúde nas esferas social, física e emocional. Com relação à confiabilidade, dois estudos foram realizados mediante a técnica de “*test- retest*”, demonstrando que a consistência das respostas é satisfatoriamente alta ao longo do tempo em pacientes que sofrem de doenças crônicas. Para as pessoas que não têm problemas de saúde crônico, a confiabilidade das respostas é alterada pelas mudanças na percepção do sofrimento (Grupo de Trabajo “calidad de vida y EPOC”, 1996). Já a sensibilidade a mudanças do *NHP* é melhor quanto mais dramática for a

intervenção realizada (Bowling, 1998). Esta mesma autora afirma que o *NHP* apresenta como principais vantagens o fato de ser uma escala curta, simples, de baixo custo para ser administrada, podendo ser auto-administrada ou utilizada como entrevista. Além do mais, sua validade foi bem testada, e sua sensibilidade a mudanças e sua confiabilidade foram parcialmente testadas. O *NHP* foi adaptado utilizando-se o mesmo padrão de procedimento para diferentes países como a Espanha, França, Inglaterra, Suécia, Portugal, EUA, Holanda, Itália, Finlândia, Alemanha, Austrália, e Dinamarca (Grupo de Trabajo “calidad de vida y EPOC”, 1996 e Bowling, 1998).

Uma escala de qualidade de vida validada para o Brasil é a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan/EQVF (Cardoso, 1998). Avalia a satisfação do indivíduo com a sua qualidade de vida, utilizando as seguintes dimensões:

- 1 Bem estar físico e material (conforto material e saúde);
- 2 Relações com outras pessoas (relacionamentos com pais, irmãos e parentes: comunicação, visita e ajuda, ter e criar filhos, relacionamento íntimo com outra pessoa, amigos próximos);
- 3 Atividades sociais, comunitárias e cívicas (trabalho voluntário, participação em associações e atividade de interesse público);
- 4 Desenvolvimento pessoal e realização (aprendizagem escolar e aperfeiçoamento, auto-conhecimento, trabalho, comunicação criativa);
- 5 Recreação (socialização, leituras e recreação ativa).

Esta escala foi previamente testada para ser utilizada neste estudo, porém, como o objetivo era estudar os efeitos do tratamento com a Acupuntura na QVRS em pacientes com dor crônica, a EQVF, ao não apresentar a dimensão específica dor e

ser muito genérica em outras dimensões como o sono, a energia, a mobilidade e as emoções que podem estar alteradas pela presença desta nosologia, mostrou-se ser imprópria para o que se pretendia estudar. Além do mais, utiliza a satisfação do indivíduo com vários aspectos de sua vida para medir a qualidade de vida e não o impacto dos problemas de saúde na qualidade de vida.

Outra escala também procurada como possível de ser utilizada neste estudo foi a *Medical Outcome Study Short Form (SF- 36)*. Quando se analisou esta escala, observou-se que apresenta somente dois itens para avaliar a dor, enquanto que o *NHP* possui oito itens. Mesmo assim, foram realizados contatos com seu grupo criador, porém não foi possível obter a autorização para seu uso.

Poucos são os trabalhos publicados sobre Acupuntura e QVRS. Os que mais se destacam, avaliam e comparam os efeitos do tratamento da Acupuntura para zumbido com os efeitos da fisioterapia, utilizando para esta avaliação o *NHP* (Furugard et al., 1998). Ou, são estudos *randomizados* de pacientes pós traumatismo, avaliando a ação da Acupuntura na qualidade de vida destes pacientes, utilizando diferentes escalas tais como *ADL* (Atividade de Vida Diária), *NHP*, *MAS* (Escala de Avaliação Motora), (Kjendahl & Sällstrom, 1997). Estes autores concluíram que, apesar de os mecanismos não serem bem explicados, a Acupuntura pode ter um efeito positivo a longo prazo na QVRS nestes pacientes.

As pesquisas de QVRS têm sido, na sua grande maioria, direcionadas a estudos de qualidade da sobrevivência de pacientes com câncer, doenças cardiovasculares, pacientes reumatológicos e com seqüelas de traumatismos em pacientes politraumatizado. Alguns autores no entanto, têm desenvolvido estudos de qualidade de vida em pacientes portadores de doenças crônicas não fatais, como a dor crônica,

tanto pelos elevados custos para o sistema de saúde (gastos com medicamentos, consultas médicas, fisioterapia, etc.), ou perdas financeiras gerada pela ausência ao trabalho, como também pelos transtornos causados ao meio sócio familiar do doente.

Avaliar o tratamento com Acupuntura em pacientes com dor crônica pode vir a ser um trabalho com inúmeros problemas metodológicos, tanto pelo procedimento *sui generis* da Acupuntura, como pela complexidade da dor crônica. A introdução dos conceitos de qualidade de vida na saúde, no entanto, possibilitaram avanços na pesquisa em avaliação de resultados. A existência de um modelo, como o biopsicossocial de Engel, permite que as avaliações em saúde adquiram um caráter sistêmico, onde as intervenções médicas passam a ser avaliadas não somente pelo seu aspecto biológico, mas também pelo psicossocial. Já a avaliação da Acupuntura não deve ficar restrita apenas ao fator físico, pois isto contraria suas teorias básicas fundamentais, como pode ser observado ao se estudar seus clássicos. O modelo biopsicossocial de Engel pode ser aplicado em toda a teoria básica da MTC. A existência da possibilidade de uma analogia entre esta teoria e o referencial da MTC pode ser observada em diversos momentos, como por exemplo na teoria do *Yin* e *Yang*, dos cinco Elementos, dos Meridianos, nas causas das doenças e, no que nos interessa particularmente neste estudo, nas causas e classificação dos mecanismos que desencadeiam a Síndrome de Obstrução Dolorosa em Acupuntura, já citados anteriormente. O *Su Wen* o maior livro clássico da MTC nos capítulos 77 e 78, faz uma série de afirmações em que descreve a existência de cinco “defeitos” (erros) e quatro “faltas” que o médico acupunturista não deve cometer para não comprometer o resultado do tratamento:

### **Cinco “defeitos”**

- 1 - ignorar o estado afetivo do paciente;
- 2 - não se informar sobre o estado de sua nutrição e de sua habitação;
- 3 - não examinar corretamente o doente;
- 4 - não considerar sua condição social e financeira;
- 5 - não procurar a origem da doença.

### **Quatro “faltas”**

- 1 - não reconhecer a conformidade de *Yin* e de *Yang* (estado de normalidade do corpo);
- 2 - ser temerário na terapêutica, falador ou presunçoso;
- 3 - ficar confuso em vez de ser claro na classificação dos sintomas e no diagnóstico;
- 4 - não fazer um interrogatório e um exame completo do paciente.

O modelo de Engel aplicado nas avaliações de dor crônica da Acupuntura e da qualidade de vida pode representar a possibilidade de integração entre os paradigmas ocidental e oriental. O uso desse conceito permite superar em parte as dificuldades metodológicas do “conflito” de racionalidades na avaliação dos resultados da Acupuntura. Permitiria também responder, ainda que de forma inicial, às indagações levantadas na prática diária de médicos acupunturistas que se deparam com a observação, já referida na apresentação deste trabalho, de que “ainda que a dor não tenha passado de todo, a vida mudou para melhor”.

Controlar a síndrome da dor crônica, que acarretam tantos prejuízos à sociedade é um desafio a ser enfrentado pela comunidade científica na área de saúde pública.



## **CAPÍTULO II**

### **OBJETIVOS E METODOLOGIA**

## **Objetivo Geral**

Avaliar a diferença na percepção subjetiva da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde das pacientes com dor crônica e tratadas com Acupuntura em ambulatório da rede pública de Florianópolis.

## **Objetivo Específico**

- 1 Caracterizar o perfil epidemiológico das usuárias;
- 2 Caracterizar a dor crônica com relação a seu tempo, intensidade e região do corpo acometida;
- 3 Determinar o valor da Escala Visual Análoga da dor antes e depois do tratamento com Acupuntura;
- 4 Determinar a percepção subjetiva da qualidade de vida relacionada à saúde, antes e depois do tratamento com Acupuntura.

## **Metodologia**

### **Desenho do Estudo**

É um estudo descritivo do tipo antes e depois. Trata-se de um ensaio clínico não controlado, no qual um grupo único de pacientes recebe a intervenção em estudo. Neste estudo observacional o controle é o próprio paciente (Fletcher, 1996). Campbell, 1996, denomina este estudo avaliativo como um desenho pré experimental do tipo pré-teste/pós-teste. Tais desenhos foram inicialmente utilizados em investigação educacional.

### **Local do estudo**

O trabalho foi realizado no Centro de Saúde da Secretária de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), situado à avenida Rio Branco, Nº 90. Este Centro, além prestar assistência nas especialidades básicas como clínica médica, pediatria, ginecologia e odontologia, é referência em diversas especialidades tais como Doenças Sexualmente Transmissíveis, Acupuntura, Ortopedia e Saúde Mental. Presta outros serviços à comunidade como vacinação, curativos, vigilância nutricional, fornecimento de medicamentos controlados, coleta de preventivo de câncer, e outros. O serviço de Acupuntura funciona regularmente desde 1994, como centro de referência nesta especialidade para toda a cidade de Florianópolis. O atendimento é diário no período vespertino e, no matutino, ocorre duas vezes por semana. Duas profissionais médicas

são responsáveis pela prestação desta assistência. São agendados 12 pacientes, sendo que o período vespertino realiza 60 atendimentos semanais e, o matutino 24, perfazendo um total mensal de 336 procedimentos. Para seu funcionamento, dispõe de uma ante sala onde é realizada a consulta inicial e a evolução dos pacientes, uma sala ampla que contém um armário, duas mesas auxiliares e cinco macas, onde é realizado o tratamento com Acupuntura. Quando o tratamento exige, as macas são separadas por um biombo. O trabalho foi realizado com as pacientes do período vespertino.

### **Seleção dos pacientes**

Foi realizada a divulgação da pesquisa em todos os Centro de Saúde da SSDS da PMF, hospitais Universitário, Regional e dos Servidores (Anexo1). Foram selecionadas pacientes do sexo feminino que procuraram o ambulatório de Acupuntura do CSII Centro da PMF e o Ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de março a dezembro de 1999, com queixa de dor com mais de três meses de duração. Foram aceitas, além das pacientes encaminhadas pelos serviços descritos acima, as que procuraram o tratamento com Acupuntura espontaneamente, que se enquadrassem no perfil do estudo.

A opção de selecionar somente mulheres para este trabalho deveu-se aos seguintes motivos: incidência maior de dor crônica no sexo feminino (Becker et al., 1997), maior procura deste gênero pela Acupuntura (Darella, 1996 e Junnila, 1987) e diferença das respostas masculinas ao *NHP* (Alonso, 1999).

### **Critérios de inclusão**

- 1 Paciente do gênero feminino;
- 2 Paciente com dor crônica que nunca se submeteu a tratamento com Acupuntura, ou que se encontrasse com mais de seis meses sem se submeter a este;
- 3 Dor crônica benigna pelo critério da *IASP*, ou seja, dor com mais de 3 meses de duração independente da natureza nosológica e da intensidade;
- 4 Que não apresentassem no momento nenhuma perspectiva de mudança no seu cotidiano;
- 5 Que aceitassem participar do estudo comprometendo-se a não abandonar o tratamento;
- 6 Que permitissem a divulgação dos resultados.

Foi realizada busca ativa sempre que a paciente inserida não dava continuidade ao tratamento por mais de duas sessões de Acupuntura.

### **Critérios de exclusão**

- 1 Pacientes que tivessem dificuldade para ir toda semana ao CSII para realizar o tratamento;
- 2 Abandono do tratamento por mais de três semanas seguidas.

Este último critério de exclusão foi considerado muito importante, pois a experiência clínica observada empiricamente na prática diária com Acupuntura tem fornecido indícios de que os melhores resultados são obtidos quando o paciente não interrompe a seqüência do tratamento. A busca ativa era sempre realizada com os

seguintes objetivos: evitar que a paciente ficasse umas semanas sem comparecer e depois quisesse retornar ao tratamento. Este fato nos colocaria diante de um viés de confundimento e, no caso de abandono do tratamento descobrir qual a sua causa.

### **Fonte e coleta de dados**

Os dados foram coletados pela autora através da aplicação de dois questionários, antes e depois do tratamento com Acupuntura. O primeiro informa sobre as variáveis sócio-econômicas e a morbidade das pacientes (Anexo 2), enquanto que o segundo avalia a QVRS (Anexo2). As perguntas da escala *NHP* foram lidas pausadamente para as pacientes pela mestrande e repetidas quantas vezes fosse necessário até a paciente entender. Explicações sobre o seu significado não eram fornecidas. Para a identificação sócio-econômica foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, escolaridade, ocupação atual, número de habitantes por domicílio e renda familiar. As conceituações das variáveis para sua operacionalização estão descritas no Quadro 6. A variável dor crônica foi avaliada através de sua localização, seu tempo de dor, sua intensidade, uso de medicamentos, fisioterapia e exercícios para seu alívio. Também foi investigada a presença de comorbidades dolorosas. As conceituações da queixa dolorosa principal estão descritas no Quadro 7.

**Quadro 6 - Operacionalização das variáveis de identificação sócio-econômica das pacientes**

Variável	Definição conceitual	Indicador/Medida
Idade	Idade presumida em anos	Idade auto relatada
Escolaridade	Nível de escolaridade	Grau escolar do IBGE
Ocupação Atual	Atividade laboral para inferir o grau de desgaste físico a que a paciente está submetida	Lista da natureza de Ocupação do IBGE
Ocupação Anterior	Atividade laboral para inferir o grau de desgaste físico que a paciente foi submetida	Lista da natureza de Ocupação do IBGE
Nº habitantes/ Domicílio	Situação do domicílio	Nº de pessoas por casa
Renda familiar	Soma das rendas do mês anterior à pesquisa dos indivíduos da casa dividida pelo salário mínimo anual	Salário mínimo Oficial de 1999
Renda per capita familiar	Divisão da renda familiar pelo número de habitantes da casa	Salário mínimo Oficial de 1999

**Quadro 7 - Operacionalização das variáveis de caracterização da dor crônica**

Variável	Definição conceitual	Indicador/Medida
Localização da queixa principal dolorosa	Local da dor considerada como queixa principal ou o motivo que a levou a procurar a Acupuntura	Localização anatômica referenciada
Tempo da dor	Tempo desde o primeiro episódio da queixa principal dolorosa	Tempo de dor referida pela paciente em meses
Intensidade da dor	Quantidade de dor sentida pela paciente	Nota dada pelo paciente num intervalo de 0 (ausência de dor) a 10( intensidade máxima de dor). Medida por uma VAS
Comorbidade dolorosa	Outros locais de dor distintos da Queixa principal dolorosa	Lista de 3 outros locais de dor
Medicamento	Uso de qualquer medicamentos para alívio da dor no último mês	Uso diário de medicamentos (S/N)
Fisioterapia	Atividade mecânica realizada por profissional da área para alívio da dor	Presença ou não de fisioterapia (S/N)
Atividade física	Qualquer atividade física praticada pela paciente no último mês	Atividade física relatada pela paciente (S/N)
Incapacidade laboral	Dias ou horas perdidos de trabalho em decorrência da dor no último mês	Dias ou horas perdidos de trabalho devido à dor referidos pela paciente

### **Avaliação da intensidade da dor**

Para a avaliação da intensidade da dor crônica utilizou-se uma Escala Visual Análoga/VAS. Basicamente consiste em dois pontos extremos unidos por uma linha. Os dois pontos nas extremidades indicam a ausência da dor e a presença máxima de intensidade da dor, tendo no meio valores variáveis da dor para ser assinalado de acordo com a variação da intensidade. A ausência da dor era assinalada pela paciente como 0 (zero) e a presença da máxima intensidade era assinalada como 10 (dez). Entre estes valores extremos existiam as variações situadas de 2 a 9.



## **Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde/QVRS**

Os dados referentes a qualidade de vida foram obtidos através da aplicação de uma escala específica para medir a percepção subjetiva do impacto das doenças crônicas na QVRS. A escala escolhida para este objetivo foi o *Nottingham Health Profile/NHP*, por seus aspectos práticos e utilidade em situações crônicas, conforme argumentamos em capítulo anterior.

A escala *NHP* é composta de duas partes, sendo que a primeira é composta de trinta e oito itens pertencentes a seis grandes dimensões de qualidade de vida. Os itens representam diferentes estados de saúde. Cada item contém um número de frases que descrevem situações, que podem estar ou não alteradas pelas doenças. Os itens são os seguintes: Energia (três itens); Dor (oito itens); Mobilidade Física (oito itens); Reações Emocionais (nove itens); Sono (cinco itens) e Isolamento Social (cinco itens). As pessoas respondem Sim/Não, conforme o item se aplica ou não ao seu caso. As respostas positivas de cada dimensão valem um e as negativas valem zero. Para se obter o resultado de cada dimensão, deve-se somar um ponto para cada resposta afirmativa e dividir este total pelo número total de itens que a compõe e multiplicar por cem. Por exemplo: a dimensão Energia é composta por três itens. Se a paciente responde positivamente aos três, deve-se somar um+um+um e dividir por três, em seguida multiplicar por cem, obtendo-se o valor desta dimensão. No caso de responder negativamente a dois dos itens da escala, então teremos um+zero+zero dividido por três e multiplicado por cem. A pontuação zero obtém-se quando a pessoa interrogada responde negativamente a todos os itens da dimensão, pois não

sofre nenhum problema que estas representam. A pontuação cem indica que o paciente sofre de todos os problemas que a dimensão representa. Obtém-se assim, seis pontuações diferentes, correspondentes a cada uma das dimensões do questionário, que proporcionam o perfil do estado de saúde percebida pelo indivíduo que o respondeu. Ao somar-se o resultado das seis dimensões e dividi-lo por seis, obtém-se o valor total do *NHP*.

A segunda parte é formada por sete perguntas. As perguntas desta parte do *NHP* podem ser respondidas com Sim/Não e podem ser analisadas somente como variáveis categóricas. As dimensões e os itens da primeira e da segunda parte da escala *NHP* são discutidos nos quadros 8 e 9 respectivamente; e esta escala está completa no Anexo 2 (Grupo de Trabajo “Calidad de vida y EPOC”, 1996).

Esta escala encontra-se com sua validade, sensibilidade a mudanças e confiabilidade testada positivamente em vários países (Bowling, 1997 e Grupo de Trabajo “Calidad de vida y EPOC”, 1996). A versão do *NHP*, que foi utilizada neste trabalho, foi a espanhola, gentilmente cedida pelo Prof. Dr Jordi Alonso Caballero, *Coordenador da Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios do Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) da Universitat Autònoma de Barcelona, Espanha*. Não há, no entanto, estudo de validação específico para o Brasil. Um trabalho nesse sentido, precedendo a dissertação, inviabilizaria a mesma dentro dos prazos acadêmicos existentes. A escala foi, então, traduzida e pré-testada em dez pacientes. O pré-teste permitiu verificar se as pacientes haviam entendido os itens e se o conteúdo de cada dimensão realmente refletiria a realidade da morbidade com que se iria trabalhar. As escalas *VAS* e *NHP* têm suas siglas consagradas pelo uso em toda a comunidade científica internacional, por isso não são traduzidas.

**Quadro 8 - Operacionalização das variáveis de QVRS da parte I da escala NHP**

Variável	Definição conceitual	Indicador/Resposta S/N às seguintes afirmações
Sono	Capacidade de conciliar o sono e não despertar antes da hora	Tomo remédio para dormir. Acordo antes da hora. Passo a maior parte da noite acordada. Me custa muito para dormir. Durmo mal a noite.
Energia	Ânimo, disposição e vigor	Sempre estou cansada. Tudo me exige um esforço. Me canso logo.
Dor	Sensação dolorosa em qualquer região do corpo	Sinto dor às noites. Sinto uma dor insuportável. Sinto dor ao mudar de posição. Sinto dor quando ando. Sinto dor quando fico em pé. Sinto dor constantemente. Sinto dor ao subir e descer escadas. Tenho dor quando estou sentada.
Mobilidade física	Capacidade de se locomover dentro e fora de casa sem restrição e realizar atividades de vida diária	Só posso andar dentro de casa. Eu custo para me abaixar. Sou totalmente incapaz de andar. Me custa subir e descer escadas. Me custa recolher ou catar coisas. Tenho dificuldade para me vestir. Me custa ficar muito tempo em pé. Necessito ajuda para caminhar fora de casa.
Relações sociais	Capacidade de relacionar-se com as pessoas	Me sinto sozinha. Acho difícil entrar em contato com as pessoas. Acredito que sou um peso para os outros. Sinto que não posso confiar em ninguém. É difícil me dar bem com os outros.
Emoções	Como encontra-se o estado psíquico com relação a ânimo, preocupações e bem estar	As coisas me deixam deprimida. Esqueci o que é me sentir bem. Estou com os nervos à flor da pele. Os dias me parecem intermináveis. Ultimamente me aborreço com facilidade. As preocupações me mantêm acordada à noite. Sinto que não vale a pena viver. Acordo desanimada.

**Quadro 9 - Operacionalização das variáveis de QVRS da parte II da escala NHP**

Variável	Definição conceitual	Indicador/Resposta S/N às seguintes afirmações
Trabalho	Atividade laboral fora de casa	Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas no trabalho?
Serviços Domésticos	Serviços relacionados ao cuidado do lar	Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com os serviços domésticos?
Vida social	Participação em atividades comunitárias	Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com sua vida social?
Vida familiar	Participação na dinâmica familiar	Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com sua vida familiar?
Vida sexual	Atividade sexual	Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com sua vida sexual?
Lazer e passatempo	Capacidade de desfrutar atividades de lazer	Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com seu lazer e passatempo?
Folga	Capacidade de desfrutar dos dias de folga	Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com os dias de folga?

**Caracterização da intervenção**

Após a coleta dos dados da primeira etapa, a consulta clínica de Acupuntura era realizada. Todo o procedimento relacionado com a Acupuntura também foi realizado pela autora. Nesta fase, os sinais e sintomas físicos e mentais da paciente eram investigados através de um questionário padrão do Ipe/MTC (Instituto de Pesquisa e Ensino em Medicina Tradicional Chinesa), próprio para Acupuntura, apresentado no Anexo 3. É um protocolo de investigação clínica onde são anotadas as informações obtidas do paciente através do interrogatório e do exame físico. No interrogatório perguntou-se pela queixa principal e seu tempo de evolução. A seguir, investigaram-se os sinais e sintomas apresentados pela paciente de acordo com a

MTC, para a caracterização do diagnóstico síndrome. A paciente também assinalou num desenho o local da dor para a identificação do Meridiano afetado. Descrevia-se também a inspeção da língua e a palpação do pulso. A partir da união de todos esses dados fornecidos pela paciente, o diagnóstico síndrome era realizado e a paciente encontrava-se pronta para ser tratada.

Também investigou-se neste protocolo o uso de medicamentos, a existência de fisioterapia, exercício físico, psicoterapia, exames laboratoriais e inatividade. A evolução da paciente era registrada semanalmente. Após caracterizar o diagnóstico do tipo de Síndrome de Obstrução Dolorosa, além de outros distúrbios que a paciente possuísse, estas eram encaminhadas à sala de tratamento.

Neste consultório, as pacientes eram orientadas para retirarem os sapatos e meias, deixando descobertas as pernas do joelho para baixo; quanto aos membros superiores, retiravam o relógio e levantavam as mangas das blusas até os cotovelos. Assumiam a posição de decúbito dorsal para, então, ser realizado o tratamento. Neste momento eram escolhidos pontos de Acupuntura clássicos individualizados para a doença de cada paciente. Eram introduzidas as agulhas de Acupuntura nos membros superiores e inferiores e a sensação de *De Qi* (sensação de Acupuntura) era buscada em cada ponto. As pacientes repousavam por 20 minutos. Quando necessário (lombalgia, cervicalgia, dorsalgia, dor na escápula, cialgias e nas fibromialgias), as pacientes assumiam o decúbito ventral e agulhas eram introduzidas em pontos indicados classicamente para estes casos (pontos Ahshi ou gatilhos, e pontos dos Meridianos). Em seguida, permaneciam por mais 20 minutos repousando. Também eram realizadas, quando indicadas, a moxabustão, a ventosaterapia e a eletroacupuntura. A retirada das agulhas era realizada pela mestrandas ou pela sua

auxiliar de enfermagem devidamente treinada para esta atividade. Toda a técnica relacionada à Acupuntura foi individualizada para a necessidade de cada caso e de cada retorno de acordo com os conhecimentos mais clássicos desta terapêutica. Após o tratamento, as pacientes eram dispensadas e orientadas para retornarem na semana seguinte, quando todo o processo seria repetido. A troca de pontos utilizada acontecia de acordo com a evolução de cada paciente. Após uma série de dez sessões de Acupuntura em que a paciente era reentrevistada, realizava-se a coleta dos dados da segunda etapa do estudo. Nesta fase os seguintes dados eram investigados: a intensidade da dor com o *VAS*, o uso de medicamentos, a presença ou ausência de fisioterapia e exercício físico no último mês para tratar a dor, se a dor estava produzindo incapacidade diária remunerada ou não e o *NHP*.

### **Tamanho da amostra**

Para estimar o tamanho da amostra foram considerados os seguintes fatores:

1. Teste estatístico de análise de dados na *VAS* e *NHP* (teste t para amostras pareadas);
2. O período necessário para a realização da intervenção;
3. A viabilidade, de acordo com a capacidade de atendimento do serviço de Acupuntura no ambulatório da SSDS;
4. Critérios de inclusão das pacientes na amostra;
5. A viabilidade dentro do tempo permitido pelo mestrado.

O tamanho da amostra foi definido considerando que se desejava avaliar os valores do *VAS* e do *NHP* antes e depois do tratamento com Acupuntura. Para esta

avaliação foi utilizado o teste t para amostras pareadas. Adotando:

1. Um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e o poder de teste  $(1 - \beta) = 0,05$ ;
2. E supondo que é relevante detectar uma diferença mínima de 4 pontos no *VAS* e 40 pontos no *NHP*, para evidenciar, assim, uma melhora em torno de 40% nos escores das escalas. Dessa forma, a amostra estimada para o teste t foi, no mínimo de 15 pacientes. Optou-se, no entanto, por estudar uma amostra de 60 pacientes, que é a capacidade máxima semanal do serviço no período vespertino.

### **Análise de dados**

As variáveis categóricas: escolaridade, profissão, localização da dor crônica, comorbidade dolorosa, uso de medicamentos, fisioterapia, atividade física, incapacidade para o trabalho, e a segunda parte do *NHP*, foram expressas por suas frequências (número e percentual). As variáveis quantitativas: idade, renda *per capita* familiar, tempo da dor, escores da *VAS*, primeira parte dos escores do *NHP*, foram expressas pela média, mediana e desvio padrão.

Para a comparação dos resultados antes e depois do tratamento com Acupuntura utilizaram-se diferentes testes estatísticos:

Para *VAS* e a primeira parte do *NHP*: a comparação entre os escores da *VAS* e do *NHP* foram realizadas, utilizando-se o teste t-Student para amostras dependentes. Considerou-se como estatisticamente significativa a diferença entre os escores de  $p < 0,05$ .

Teste de análise de variância ANOVA e teste de Levene. O teste de ANOVA parte do pressuposto de que existe homogeneidade de variâncias, para verificar esta

homogeneidade foi realizado o teste de Levene, que comprovou a existência de homogeneidade de variâncias. Estes testes foram utilizados nas seguintes situações:

1. Na relação entre o número de comorbidade dolorosa e o *NHP*;
2. Para a comparação dos diferentes escores do *NHP* e a localização da dor crônica.

O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado nas seguintes situações:

1. Relação entre o tempo da dor crônica e a diferença dos valores do *NHP*;
2. Relação entre a diferença dos valores do *NHP* e a diferença dos valores da *VAS*;
3. Relação entre a idade das pacientes e a diferença dos valores da *VAS*.

### **Validade interna**

Os seguintes aspectos podem interferir na validade deste estudo:

1. A escala *NHP* não está validada para o Brasil;
2. A existência de poucos trabalhos utilizando estes mesmos critérios;
3. Ser um estudo com tempo limitado pelo mestrado, o que impossibilitou avaliação seriada para observar os resultados (3, 6 e 12 meses após o tratamento);
4. A presença de alguns vieses tais como: o do entrevistador, que era a mesma médica que realizava o tratamento; o de seleção com relação ao tempo de dor, e o viés de confundimento.
5. Problemas inerentes ao delineamento. Para Campbell (1966) os fatores de difícil controle neste tipo de estudo são: história (todas as mudanças que podem ocorrer entre a primeira observação e as posteriores; estas mudanças não necessariamente se devem ao procedimento), a maturação (processo biológico, psicológico ou social que, sistematicamente, se modifica com a passagem do tempo) e há



também o efeito do teste (causada porque geralmente a aplicação do segundo teste pelo entrevistador é melhor que a primeira). Os fatores que podem ser controlados são a seleção dos pacientes e as perdas.

### **Validade externa do estudo**

Validade externa limitada pelos critérios de seleção e pelo desenho de estudo utilizado.

### **Considerações éticas**

O presente trabalho foi aprovado pela comissão de ética da SSDS da PMF. As pacientes foram esclarecidas sobre os objetivos do trabalho e assinaram um termo de ciência e concordância em dele participar, ou seja, foi respeitado o princípio do consentimento livre e esclarecido (Anexo 4), conforme legislação do Conselho Nacional de Saúde/CNS, 1996. Como não era objetivo da pesquisa avaliar diferentes tratamentos, ou diferentes esquemas de tratamentos dentro da própria técnica de Acupuntura, as pacientes foram avaliadas de acordo com a técnica clássica da MTC, segundo protocolo já citado, onde era anotada a evolução do tratamento, tendo assim sua individualidade garantida.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

“Se não nos conformarmos às regras da ciência médica, caímos na burla. Um tratamento aventureiro pode dar resultado, mas será fortuito”. *Su Wen* capítulo 78

Das 76 pacientes selecionadas, 61 pacientes concluíram o tratamento, caracterizando uma perda amostral de 15 (19,7%). Os motivos do abandono do tratamento foram agrupados de acordo com sua categoria. Assim, foi considerado como sócio-econômico as que abandonaram-no por estarem desempregadas e não terem dinheiro para o transporte, ou que o horário de tratamento era incompatível com horário de serviço; como familiar, quando o marido não permitia sair ou a presença de doenças na família, razão mais freqüente, como pode ser observado na tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição do número das pacientes por motivo de abandono do tratamento com Acupuntura**

Motivo de abandono do tratamento	Nº
Sócio-econômico	3
Familiar	5
Medo de agulhas	1
Realização de outro tratamento para seu problema	2
Religião	1
Abandono sem especificar o motivo	3
Total	15

### **Características das 61 pacientes que concluíram o estudo**

#### **Dados sócio-demográficos**

A idade mínima das 61 pacientes estudadas foi de 28 anos e a máxima de 70 anos. A média da idade foi de 48,7 anos e o desvio padrão/DP de 11,1 anos.

Contatou-se que 35 (57,3%) das pacientes não completaram o primeiro grau, e somente 6 (9,84%) tinham nível superior completo. (Tabela 2)

**Tabela 2 - Distribuição do número e percentagem das pacientes segundo escolaridade**

Escolaridade	Nº	%
Primeiro grau incompleto	35	57,3%
Primeiro grau completo	10	16,3%
Segundo grau incompleto	4	6,5%
Segundo grau completo	5	8,2%
Superior completo	6	9,8%
Pós graduação	1	1,6%
Total	61	100,0%

A ocupação atual de 57,3% das pacientes estavam relacionadas a atividades do cuidado da casa. Destas, 23 (37,7%) desempenhavam somente o cuidado de sua própria casa e 12 (19,6%) trabalhavam como empregada doméstica. Enquanto que 7 (11,4%) pacientes laboravam como faxineiras, tanto de prédios como de residências familiares. Em outras profissões como professoras, costureiras, auxiliares administrativas, digitadoras, cabeleireiras, doceiras, e outras, incluíram-se 14 (22,95%). O número de pacientes aposentadas foi de 5 (8,20%).

A renda *per capita* familiar variou de 2 salários mínimos/SM a uma renda máxima de 12 salários; a média foi de 2,1 SM (DP de 2,2); a mediana da renda *per capita* familiar das pacientes foi de 1,4 SM. Uma paciente recusou-se a revelar a renda familiar.

### Características da dor

Optou-se por discriminar a localização da queixa principal dolorosa quando estas incidiam em cinco ou mais pacientes. Observa-se que a dor lombar (21,3%) foi o motivo de maior procura pelo tratamento, seguida de dor cervical (19,6%). Dor no joelho, no ciático (9,8%) e na cabeça (8,2%) também merecem destaque. As outras localizações da queixa principal dolorosa como: ombro, dorso, membros, articulações, foram agrupadas como “outras”. A distribuição das localizações da queixa dolorosa principal pode ser observada na Tabela 3.

**Tabela 3 - Distribuição do número e percentagem das pacientes segundo a localização da queixa principal dolorosa**

Localização da queixa principal dolorosa	Nº	%
Lombar	13	21,3%
Cervical	12	19,6%
Joelho	6	9,8%
Ciático	6	9,8%
Cabeça	5	8,2%
Outras	19	31,1%
Total	61	100,0%

O menor tempo de dor foi de 4 meses e o maior de 540 meses, sendo que o tempo médio foi de 76,1 meses; com mediana de 36 meses (DP 107,7 meses).

A presença de queixa de dor em outros locais do corpo, que não o da queixa principal, foi observada em 54 (88,4%) das pacientes. Dor somente no local da queixa principal foi apresentada por 7 (11,4%). A tabela 4 analisa a frequência do número de comorbidades dolorosas. A frequência de patologias e queixas não

dolorosas foram pouco expressivas com as seguintes morbidades referidas: hipertensão arterial sistêmica, tontura, sintomas digestivos, depressão, ansiedade, hemiplegia, litíase renal e biliar, diabetes, hipotireoidismo, mioma, e outras.

**Tabela 4 - Distribuição da frequência e percentagem das pacientes segundo o número de comorbidades dolorosas**

Nº de comorbidade dolorosa	Nº	%
1 comorbidade dolorosa além da queixa principal	22	36,0%
2 comorbidades dolorosas além da queixa principal	19	31,1%
3 a 4 comorbidades dolorosas além da queixa principal	13	21,3%
Subtotal	54	88,4%
Dor só no local da queixa principal dolorosa	7	11,4%
Total	61	100,0%

No período do tratamento com Acupuntura 7 (11,4%) das pacientes estavam se submetendo também à fisioterapia. Atividade física regular era realizada por 2 (3,2%) das pacientes, na forma de caminhadas e hidroginástica. As demais pacientes 59 (96,7%) tinham hábitos sedentários.

#### **Descrição dos efeitos do tratamento com Acupuntura**

Antes de iniciarem o tratamento com Acupuntura, 21 (34,4%) das pacientes não consumiam medicamentos diariamente para a dor; e 40 (65,6%) consumiam-nos diariamente. Os medicamentos mais consumidos antes do tratamento com Acupuntura eram os analgésicos e os antiinflamatórios. Após o tratamento com

Acupuntura, das 40 pacientes que tinham consumo diário de medicamentos para a dor, 31 (77,5%) delas deixaram de utilizá-los diariamente.

Antes do tratamento com Acupuntura 14 (22,9%) das pacientes encontravam-se com incapacidade para trabalho, remunerado ou não, devido à dor crônica, mas em 47 (77,0%) das pacientes a dor não impedia o desenvolvimento diário da atividade laboral. Após o tratamento com Acupuntura, das 14 pacientes que se encontravam incapacitadas para o trabalho pela dor, 13 (92,8%) voltaram à atividade laboral.

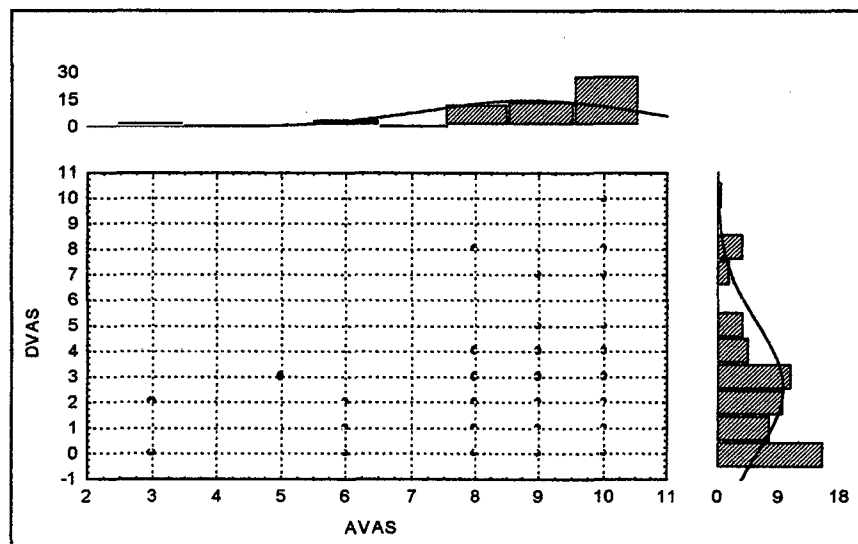
Antes do tratamento, a nota mínima obtida da *VAS* foi de 3 e a nota máxima foi 10; a nota média foi de 8,8 com uma mediana no valor de 9 (DP 1,6). Após o tratamento, a nota mínima obtida foi de 0 e a nota máxima 10; a nota média da *VAS* foi de 2,5 com uma mediana no valor de 2 (DP 2,5).

A média da diferença dos escores da *VAS* antes e depois do tratamento foi de 6,2 com uma mediana de 7 (DP 2,7). A comparação entre os escores da *VAS* foi realizada, utilizando-se o teste t-Student para amostras dependentes, considerando um nível de significância de 0,05. Obtendo-se  $t_{obs} = 17,4$ ; com graus de liberdade = 60 e probabilidade de significância  $p = 0,00001$ . A avaliação dos escores da *VAS* antes e depois do tratamento com Acupuntura pode ser observado através da Tabela 5.

**Tabela 5 - Escores da VAS antes e depois do tratamento com Acupuntura (N=61)**

VAS	Média	Mediana	Nota Mínima	Nota Máxima	Desvio padrão
Antes	8,8	9	3	10	1,6
Depois	2,5	2	0	10	2,5
Diferença Antes/Depois	6,3	7	0	10	2,7

**Figura 1 - Diferença dos escores da VAS antes e depois do tratamento com Acupuntura**





Foram analisados os escores da *VAS* das diferentes queixas principais dolorosas Antes e Depois do tratamento com Acupuntura. Observa-se na tabela 6 que independente do local a intensidade da dor é alta e que o tratamento reduziu estes escores.

**Tabela 6 – Relação entre a queixa principal dolorosa e a intensidade da *VAS***

Queixa principal	Nº	Antes/ <i>VAS</i>		Depois/ <i>VAS</i>		Diferença da <i>VAS</i> A/D	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Lombar	13	8,7	1,9	2,5	3,1	6,2	3,5
Cervical	12	9,2	0,8	2,1	2,3	7,1	2,7
Joelho	6	9,5	0,8	3,5	2,9	6,0	2,4
Ciático	6	8,5	2,0	1,8	1,9	6,7	2,0
Cabeça	5	8,6	2,1	3,8	2,6	4,8	2,8
Outras	19	8,6	1,9	2,6	2,3	6,0	2,8
Total	61	8,8	1,6	2,6	2,5	6,2	2,7

A intensidade da *VAS* também foi analisada com o número das comorbidades dolorosas. Observa-se na tabela 7 que as médias se mantêm próximas independente do número de locais com dor.

**Tabela 7 – Intensidade da *VAS* dos diferentes números de locais com dor**

Nº de comorbidades	Nº	<i>VAS</i> /Antes		<i>VAS</i> /Depois		<i>VAS</i> Diferença A/D	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Queixa principal	7	8,7	1,5	0,9	0,7	7,9	1,6
+ de 1 comorbidade	22	8,7	1,9	3,3	2,6	5,4	3,1
+ de 2 comorbidades	19	8,7	1,2	2,4	2,5	6,3	2,7
3 a 4 comorbidades	13	9,1	1,9	2,5	2,6	6,6	2,7

Antes do tratamento com Acupuntura observa-se que a “dimensão dor” é a que apresenta maior valor do *NHP* com uma média de 80,3 pontos (DP 24,9); enquanto que a dimensão de menor valor do *NHP* é a “social” com uma média de 24,2 pontos (DP 29,4). Depois do tratamento com Acupuntura observa-se que o valor da média da “dimensão dor” passou para 22,1 pontos (DP 29,3), que a média da diferença foi de 58,1 e que o DP dessa diferença de 34,2 pontos com  $p < 0,00001$ , enquanto que a dimensão social apresentou uma média de 17,7 pontos (DP 26,6) com uma média da diferença de 6,5 pontos (DP 23,8) e  $p = 0,035938$ .

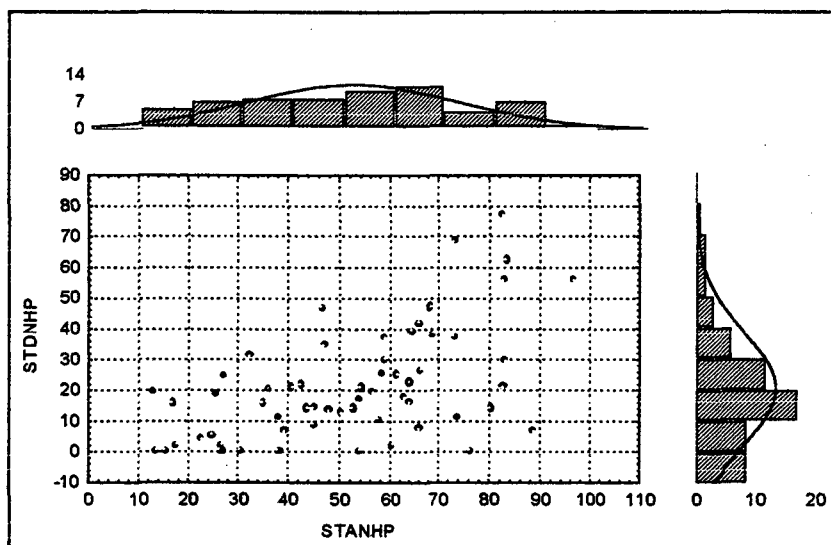
A comparação entre os escores das dimensões e do total do *NHP* e sua diferença foi realizada, utilizando-se o teste t-Student para amostras dependentes, considerando um nível de significância de 0,05. Obtendo-se  $t_{obs} = 12,9$ , com graus de liberdade = 60 e probabilidade de significância  $p = 4,60883E-19$ . Nota-se que há diferença significativa em todos os escores de *NHP*. Os valores da diferença estão descritos na tabela 8. Como os itens da escala *NHP* são dicotômicos, para estimar sua confiabilidade utilizou-se o coeficiente de confiabilidade de Kuder-Richarddson KR-20. Obteve-se um coeficiente 0,94, evidenciando assim que esta escala apresenta alta precisão de medida. Este achado, no entanto, deve ser considerado com cautela, pois a amostra de 61 pacientes desta pesquisa não atende às recomendações de Nunnally, 1970. A Tabela 8 apresenta os valores da média, do desvio padrão, da média da diferença A/D, do desvio padrão da diferença A/D, do teste t e do p das dimensões e do total da primeira parte do *NHP*, antes e depois da Acupuntura em pacientes com dor crônica.

**Tabela 8 - Valores das dimensões e do total da primeira parte do *NHP* antes e depois da Acupuntura nas pacientes com dor crônica. (n=61)**

Dimensões NHP		Média	Desvio Padrão	Média da Diferença A/D	Desvio padrão da Diferença A/D	Teste t
Energia	Antes	60,6	37,2	44,8	34,3	10,1
	Depois	15,8	26,9			
Dor	Antes	80,3	24,9	58,1	34,2	13,2
	Depois	22,1	29,3			
Emoções	Antes	50,8	28,5	25,1	25,3	7,7
	Depois	25,6	26,0			
Sono	Antes	54,0	33,7	26,8	31,5	6,6
	Depois	27,2	33,2			
Social	Antes	24,2	29,4	6,5	23,8	2,1
	Depois	17,7	26,6			
Mobilidade	Antes	40,3	23,6	25,4	22,2	8,9
	Depois	14,9	19,3			
Total NHP	Antes	51,7	21,2	31,6	18,7	12,9
	Depois	20,5	18,2			

Com graus de liberdade= 60,  $p < 0,00001$ , exceto social com  $p < 0,035938$

**Figura 2 - Valores da soma total da primeira parte do *NHP* antes e depois do tratamento com Acupuntura em pacientes com dor crônica.**



Os valores da segunda parte do *NHP* estão discutidos na tabela 9. Antes do tratamento com Acupuntura observou-se que 51 (83,6%) das pacientes tinham problemas para realizar suas atividades domésticas por causa da dor e também em seu lazer (54,1). A menor frequência (32,7%) de problemas ocorria nos dias de folga. Observa-se que houve redução no número de pacientes com restrições em todas as atividades de vida diária depois do tratamento com Acupuntura.

**Tabela 9 - Distribuição das pacientes que declararam ter limitações em suas atividades de vida diária pela dor crônica antes e depois do tratamento com a Acupuntura (2º parte do *NHP*)**

Dimensões 2ª parte do <i>NHP</i>	Antes do tratamento com a Acupuntura*		Depois do tratamento com a Acupuntura**	
Problemas no trabalho	29	(47,5%)	7	(24,1%)
Problemas nos serviços domésticos	51	(83,6 %)	19	(37,2%)
Problemas com vida social	27	(44,3 %)	3	(11,1%)
Problemas na vida familiar	27	(44,3 %)	5	(18,5%)
Problemas na vida Sexual	28	(45,9 %)	4	(14,2%)
Problemas com lazer e passatempos	33	(54,1 %)	8	(24,2%)
Problemas com os dias de folga	20	(32,7 %)	3	(15,0%)

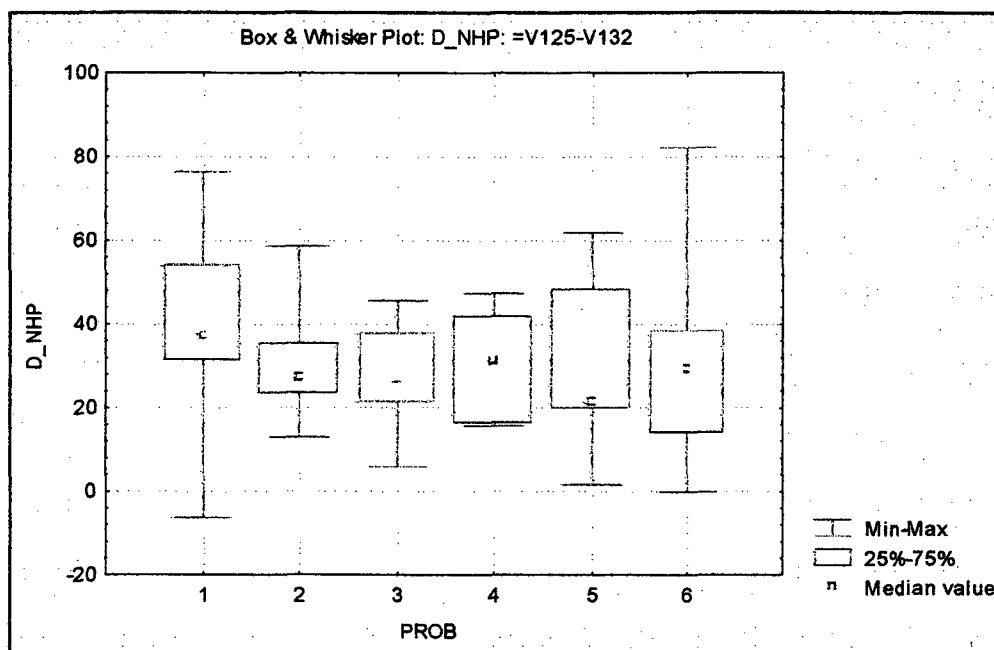
\*n=61 e \*\*n igual ao valor da coluna antes do tratamento

Apesar de não estarem presentes na metodologia foram exploradas algumas correlações. Foi estudado a relação entre os valores do *NHP* de cada local da queixa principal dolorosa das pacientes antes e depois do tratamento com Acupuntura. Pode-se observar que os escores do *NHP* são independentes do local da queixa principal dolorosa. Observa-se também que a diferença de escores do *NHP* das diferentes localizações da queixa principal dolorosa após o tratamento com Acupuntura apresentou uma melhora de 30%. A diferença da média do *NHP* nas diferentes localizações da queixa principal dolorosa não apresentam diferenças estatisticamente significativas, quando analisados utilizando-se o procedimento ANOVA. Os resultados estão analisados na Tabela 10. O resultado pode ser melhor observado através da Figura 3.

**Tabela 10 - Relação entre o *NHP* e as diferentes localizações da queixa principal dolorosa (n=61)**

Localização da queixa principal dolorosa	Nº de Pacientes	Média <i>NHP</i> Antes	Desvio padrão <i>NHP</i> Antes	Média <i>NHP</i> Depois	Desvio padrão <i>NHP</i> Depois	Média da diferença do <i>NHP</i> A/D	Desvio padrão da diferença do <i>NHP</i> A/D
Lombar	13	55,1	20,5	17,5	18,2	37,6	23,5
Cervical	12	55,0	15,3	23,5	17,8	31,4	14,1
Joelho	6	61,4	19,1	33,9	29,2	27,5	14,2
Ciático	6	46,1	22,2	15,3	14,0	30,7	13,2
Cabeça	5	54,6	24,7	24,0	15,8	30,6	24,1
Outras	19	45,3	24,5	17,3	15,7	27,9	19,9
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>51,7</b>	<b>21,2</b>	<b>20,5</b>	<b>18,2</b>	<b>31,1</b>	<b>18,7</b>

**Figura 3 - Comparação dos valores do *NHP* das diferentes localizações da queixa principal dolorosa**



Dor: 1- lombar; 2- cervical, 3- joelho, 4-ciático, 5- cabeça, 6- Outras.

Antes do tratamento, observou-se que as pacientes que apresentavam dor somente no local da queixa principal dolorosa apresentaram os seguintes valores para o *NHP*: média 38,5 (DP 19,0), enquanto as pacientes com comorbidades dolorosas tiveram os valores de suas médias e do desvio padrão do *NHP* mantidos próximos, independente do número destas comorbidades, como pode ser observado na tabela 11.

A média da diferença do *NHP* das pacientes depois do tratamento com dor somente no local da queixa principal foi de 31,2 (DP da diferença 15,3); enquanto a média da diferença das pacientes com uma comorbidade dolorosa foi de 27,7 (DP da

diferença 15,5), com duas comorbidade dolorosa a média foi de 28,4 (DP da diferença de 20,3). Já com três a quatro regiões de dor a diferença da média foi de 40,9 (DP 21,7).

Foi analisada a relação entre o número de comorbidades dolorosas e a diferença do *NHP* na tabela 11.

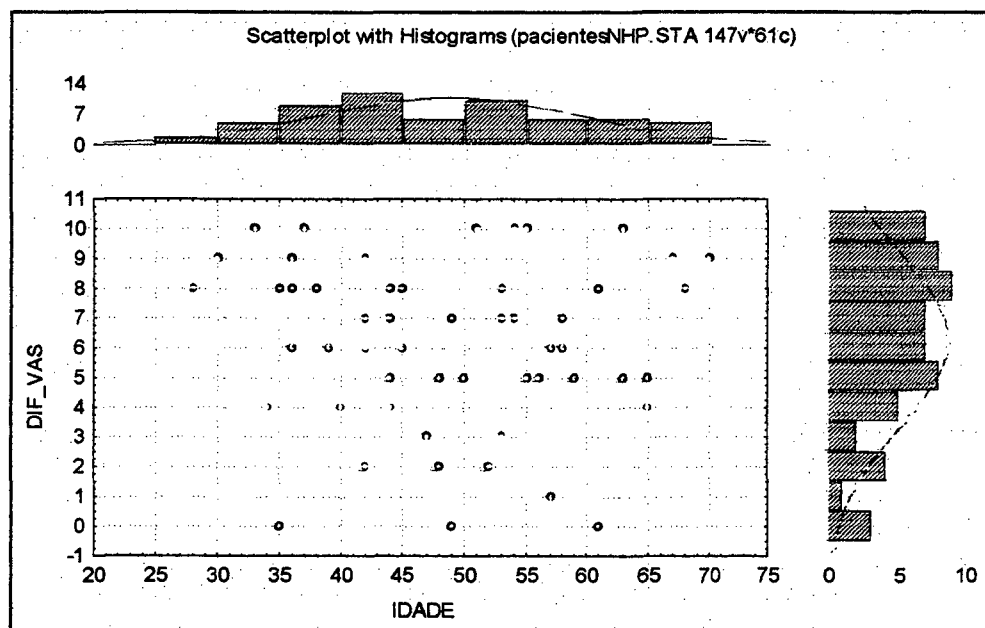
**Tabela 11 - Relação entre os escores do *NHP* e o número de comorbidades dolorosas antes e depois do tratamento com Acupuntura (n=61)**

Quantidade de região com dor	Nº de pacientes	Média <i>NHP</i> Antes	Desvio padrão <i>NHP</i> Antes	Média <i>NHP</i> Depois	Desvio padrão <i>NHP</i> Depois	Média da diferença do <i>NHP</i>	Desvio padrão da diferença do <i>NHP</i>
Só no local da queixa principal	7	38,5	19,0	7,3	6,0	31,2	15,3
1 comorbidade dolorosa	22	56,7	23,3	29,0	21,7	27,7	15,5
2 comorbidades dolorosas	19	45,7	17,4	17,3	14,2	28,4	20,3
3 a 4 comorbidades dolorosas	13	59,0	20,1	18,0	15,9	40,9	21,4
Total de pacientes	61	51,7	21,2	20,5	18,2	31,1	18,7

A idade das pacientes foi relacionada com a diferença do escore da *VAS*. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson ( $r=-0,03$  e  $p= 0,80$ ). Observa-se que a diferença da *VAS* antes e depois do tratamento com Acupuntura não mostra correlação com a idade da paciente. Os resultados são apresentados na Figura 4.

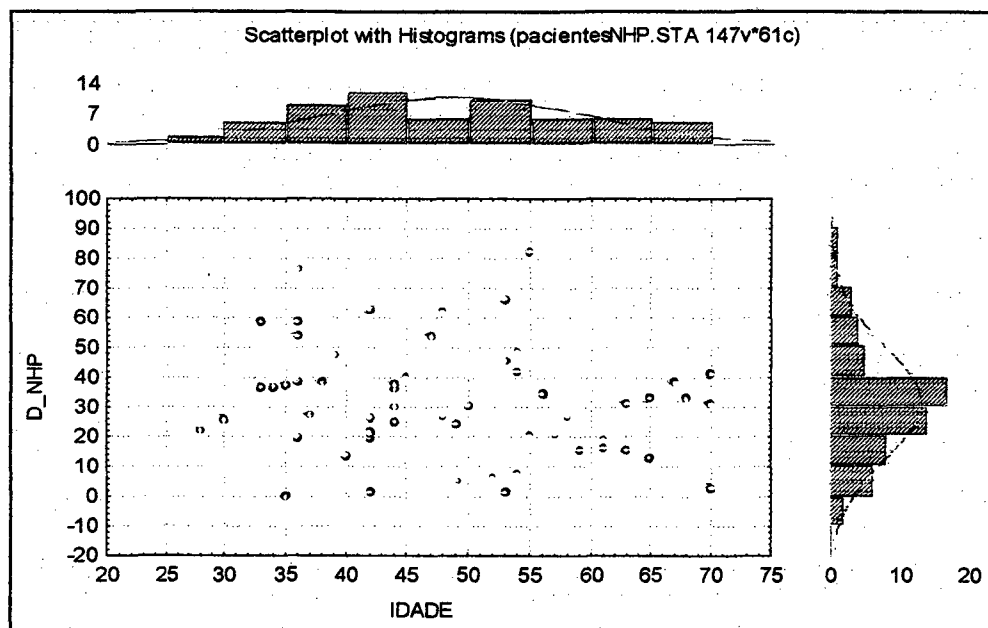


**Figura 4 - Relação da idade das pacientes com a diferença dos escores da VAS**



A idade das pacientes foi relacionada com a diferença dos escores do *NHP*. Observa-se que, independente da idade, as respostas ao *NHP* não se alteram, e que também não existem diferenças entre a idade e o *NHP*. Não há portanto associação entre a idade e a diferença da resposta ao *NHP* ( $r=-0,19$  e  $p=0,13$ ). A relação entre a idade das pacientes e a diferença do valor total do *NHP* pode ser observada na figura 5.

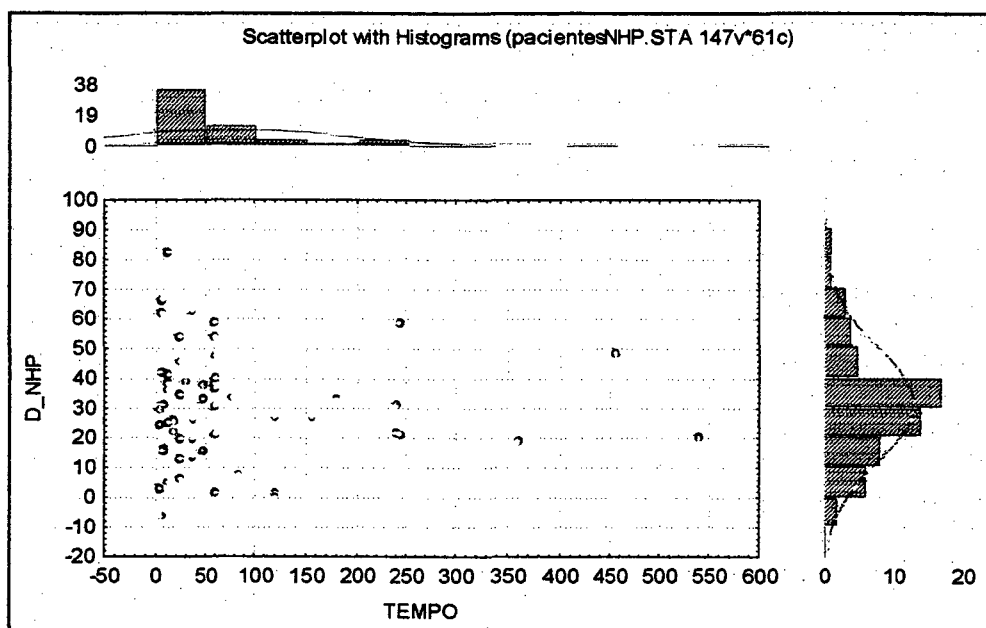
**Figura 5 - Relação entre a idade das pacientes com a diferença A/D do valor total do *NHP***



Com relação ao tempo de dor crônica, para uma melhor observação do resultado, dividiu-se o tempo da dor em: tempo maior que 100 meses e tempo da dor menor ou igual a 100 meses. Observou-se que existe uma concentração do tempo em 100 meses de dor. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, obtendo-se  $r=0,30$  e p-valor igual a 0,33 para os pacientes com tempo de dor maior que 100 meses. E  $r=0,03$  e p-valor igual a 0,80 para pacientes com tempo de dor menor ou igual a 100 meses. Os resultados sugerem que, quanto maior for o tempo de dor, mais alta será a diferença do *NHP*. A amostra das pacientes com muito tempo de dor no entanto, é pequena, por isto estes dados sugerem que estudos posteriores devem ser realizados para sua confirmação. A relação do tempo de dor crônica e a diferença

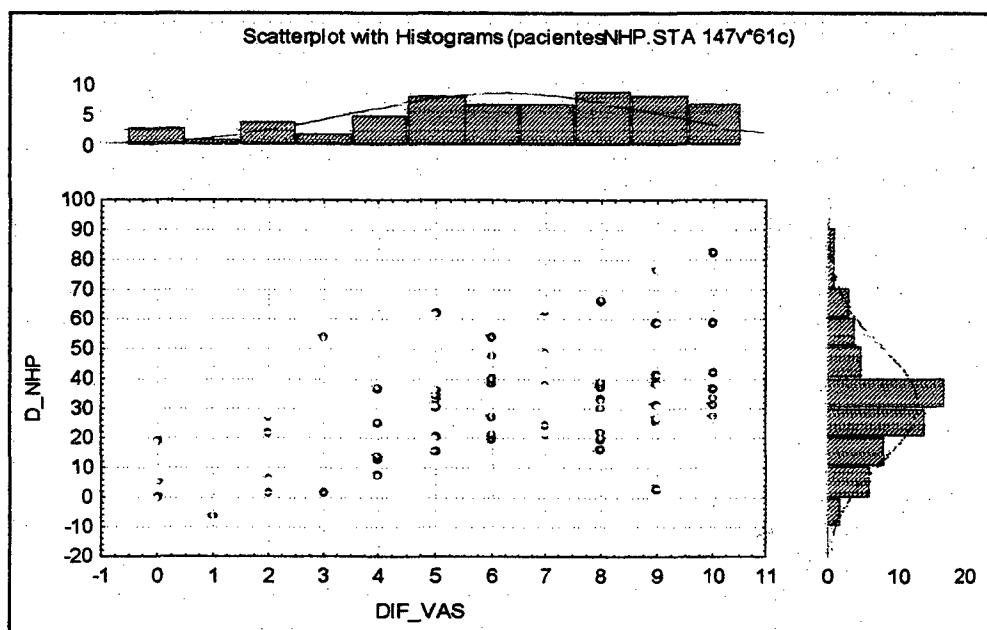
do valor total A/D do *NHP* podem ser observadas na figura 6.

**Figura 6 – Relação do tempo de dor crônica e a diferença do valor total A/D do *NHP***



Observou-se que, quanto maior for a diferença da *VAS*, será maior o índice do *NHP*, indicando uma pior percepção subjetiva da QVRS ( $r=0,52$  e  $p<0,0001$ ). Figura

**Figura 7 - Relação entre a diferença do *NHP* e a diferença da *VAS***



Foi investigada a presença de algum tipo de alteração na vida diária das pacientes com a resposta ao tratamento de Acupuntura. A média da diferença do *NHP* das pacientes que não tiveram alteração em sua vida diária durante o tratamento com Acupuntura foi de 31,6 (DP 20,0), enquanto que a média da diferença do *NHP* das que apresentaram alteração foi de 31,2 (DP 16,8). O teste Student  $t=0,107137$  e a probabilidade de significância  $p=0,91505$ , Levene  $F=0,496479$  com probabilidade de significância  $p=0,483871$ , com 58 graus de liberdade, evidenciando não haver relação entre alteração na vida diária das pacientes durante o tratamento e os escores do *NHP*.

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSSÃO**

Os dados sócio-demográficos apresentados pelas pacientes estudadas são típicos da clientela da rede pública em geral. São pacientes com idade entre 40-50 anos, trabalhadoras do lar, com escolaridade e nível sócio-econômico baixo e hábitos sedentários. O tratamento com Acupuntura possibilitou que das 14 (22,9%) pacientes com incapacidade para o trabalho pela dor crônica, 13 (92,8%) pacientes voltassem às suas atividades.

Na amostra estudada, observou-se que dentre as pacientes que diariamente consumiam medicamentos para controlar a dor crônica (65,5%), 77,5% delas deixaram de utilizá-los após o tratamento com Acupuntura. Resultados semelhantes foram encontrados por Jensen et al. (1979) em um estudo de Acupuntura e cefaléias; e Junnila (1987) na dor crônica; Mendelson et al. (1983) e Grant et al. (1999) em estudos de dor crônica nas costas.

A localização da queixa principal dolorosa na região lombar 13 (21,3%) e cervical 12 (19,6%) como o primeiro e segundo motivos respectivamente de dor crônica em nosso trabalho concorda com os trabalhos de (Lehmann et al., 1986, Junnila, 1987, Hsu, 1996, Teixeira et al., 1998 e Elliot et al., 1999. Somente 11,4% das pacientes apresentavam dor exclusivamente no local da queixa principal dolorosa, enquanto que 88,4% delas tinham dor em mais de uma região do corpo.

A dor é intensa com uma média de 8,8 na *VAS*. Após o tratamento com Acupuntura esta média diminuiu para 2,5, sendo que a média da diferença dos escores da *VAS* foi de 6,2 e  $p < 0,05$ ). Estes resultados concordam com os alcançados por outros autores. Kumar et al. (1994), estudaram o tratamento com eletroacupuntura em pacientes com dor crônica na região lombar e cervical, utilizando uma *VAS* e obtiveram resultados semelhantes. Em 1995, estes mesmos

autores estudaram dor crônica e avaliaram-na com *VAS*, tendo resultados semelhantes. Lehmann et al. (1986) avaliaram dor lombar crônica e obtiveram resultados semelhantes. Grant et al. (1999) avaliaram dor crônica nas costas, obtendo resultados semelhantes.

Ao aplicar-se antes do tratamento a escala *NHP*, nota-se que dimensão da dor é a que apresenta os maiores valores com 80,3 pontos e que a social apresentou a menor pontuação com 24,2. Das diferentes dimensões que compõem esta escala, a dor é a que melhor respondeu ao tratamento com uma pontuação de 22,1 e uma média da diferença  $A/D=58,1$  e  $p<0,00001$ . Um dos poucos trabalhos publicados foi realizado por Grant et al. (1999), que obtiveram resultados semelhantes na dimensão da dor do *NHP*. As outras dimensões apresentaram em ordem decrescente os seguintes valores: energia (média da diferença  $A/D=44,8$ ); sono (média da diferença  $A/D=26,8$ ), mobilidade (média da diferença  $A/D=25,4$ ) e emoções (média da diferença  $A/D=25,1$ ). Todas estas dimensões apresentaram  $p<0,00001$ . A dimensão social foi a que apresentou menor diminuição na pontuação (17,7), com uma média diferença 6,5, porém mesmo tendo essa média, seu  $p=0,035938$ . Estudos para avaliar a *QVRS* em pacientes com dor crônica benigna tratados com Acupuntura não foram encontrados na bibliografia. O valor total dos escores de todas as dimensões do *NHP* antes do tratamento foi de 51,7 pontos e depois de 20,5 pontos, sendo que a média da diferença foi 31,6 (DP18,7 e  $p<0,00001$ ). O valor desta diferença total da primeira parte do *NHP* sugere que o tratamento com Acupuntura melhora a qualidade de vida das pacientes com dor crônica.

Foram analisadas a média e o desvio padrão do valor total do *NHP*, antes e depois do tratamento com Acupuntura de cada queixa principal dolorosa. Observou-

se que a dor crônica altera a QVRS das suas portadoras, independente de sua localização, e que a média da diferença do *NHP* não apresenta diferenças estatisticamente significativas, pelo teste de ANOVA. A resposta ao tratamento com Acupuntura na QVRS, portanto, independe da localização da queixa principal dolorosa.

O número de comorbidade dolorosa também foi relacionado com o valor total do *NHP*, e os resultados parecem evidenciar que, independente do número de comorbidades dolorosas, a dor crônica altera a percepção subjetiva da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde medida pelo *NHP*.

Com relação ao tratamento de Acupuntura, os resultados sugerem que a percepção na melhora da QVRS é igual em todo o grupo, pois a média e o desvio padrão da diferença do total do *NHP* mantém-se constante, indicando que a resposta ao tratamento com esta terapêutica independe do número de locais com dor.

A idade das pacientes foi relacionada com a diferença do *NHP* e verificou-se, também, que a resposta ao tratamento com Acupuntura independe da idade da paciente.

A relação entre os valores da *VAS* e os valores do *NHP* demonstram que, quanto mais alto a diferença dos escores da *VAS*, pior é a percepção da QVRS.

As limitações nas atividades de vida diária das pacientes com dor crônica avaliadas pela segunda parte do *NHP* apresentaram diferenças significativas após o tratamento com Acupuntura, especialmente na vida social, sexual e familiar e nos dias de folga.



## **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

Para Donabedian (1984), existem três níveis de avaliação da atenção médica: estrutura, processo e resultado. A avaliação destes níveis pode ser realizada em conjunto ou isolada. A grande demanda da população pelo tratamento com Acupuntura tem despertado a atenção e alertado pesquisadores do mundo inteiro, como Patel (1987), Eisenberg et al. (1993), Bossy (1995), Hsu (1996) e outros, para a necessidade de sua avaliação em qualquer um dos níveis de Donabedian. A avaliação do resultado desta terapêutica é um desafio estimulante para os profissionais que fazem dela sua opção de trabalho.

As alterações que a síndrome da dor crônica produz no indivíduo não se limitam apenas a seu corpo físico, muito pelo contrário, afetam todo o sistema no qual este encontra-se inserido, por isso o modelo biomédico isolado não consegue compreender sua totalidade (Bonica, 1990 e Kaplan et al. 1997). O modelo biopsicossocial de Engel (1980) aplicado à avaliação médica oferece possibilidades de reflexão para a avaliação tanto da dor crônica como da Acupuntura. A amplitude das dimensões da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde une duas situações com dificuldades metodológicas para serem avaliadas pelo modelo biomédico hegemônico: a dor crônica benigna e a Acupuntura. Este estudo reuniu estas três situações avaliação, Acupuntura e dor crônica.

Estudos posteriores são necessários para observar melhor questões referentes ao tempo da dor e o *Nottingham Health Profile*, a escolaridade e a renda familiar com a *Visual Analogue Scale* e com *Nottingham Health Profile*, pois a estratificação da amostra não permite inferências.

Todas as dimensões do *Nottingham Health Profile* apresentaram melhora estatisticamente significativa com o tratamento de Acupuntura, ressalta-se que as que

apresentaram melhor resposta foram a da Dor e da Energia. Pode-se observar que o tratamento com Acupuntura diminuiu a percepção da intensidade da dor medida tanto pela escala *Visual Analogue Scale (VAS)* como pela dimensão da Dor do *Nottingham Health Profile*. Outros indicadores importantes que demonstram esta melhora são a diminuição do consumo diário de medicamentos para a dor e o retorno ao trabalho, além do que as pacientes puderam desenvolver melhor suas atividades de vida diária medida pela segunda parte do *Nottingham Health Profile* após o tratamento com Acupuntura.

Uma observação importante é que a melhora da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde após o tratamento com Acupuntura independe do local da queixa principal dolorosa e também do número de comorbidades dolorosas e que alteração na vida da paciente durante o tratamento não afetou o resultado deste. Os resultados evidenciam que o tratamento com Acupuntura nestas pacientes com dor crônica:

- melhorou a percepção subjetiva da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde independente do local da queixa principal e do número de comorbidades dolorosa;
- diminuiu a intensidade da dor independente do local da queixa principal e do número de comorbidades dolorosa;
- diminuiu o consumo diário de medicamentos;
- permitiu o retorno ao trabalho;
- permitiu também melhor desempenho nas atividades de vida diária;
- e que os conceitos de Qualidade de Vida Relacionada a Saúde parecem ser promissores para a avaliação da Acupuntura em dor crônica.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Alonso, J. Barcelona. 1999, **Comunicação oral e pessoal**.
2. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1986; Rio de Janeiro, Brasil.
3. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1989; São Paulo, Brasil.
4. Anais do 3º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1992; Porto Alegre, Brasil.
5. Anais do 4º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1995; Salvador, Brasil.
6. Anais do 5º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1998; Rio de Janeiro, Brasil.
7. Auteroche, B, Navailh. **O Diagnóstico na Medicina Chinesa**. 2ªed. São Paulo: Andrei Editora. 1992; p. 183-201.
8. Bannerman, R.H. Acupuncture: The Who view. **World Health Report** 1979; 24-29.
9. Becker N, Bondegaard TA, Olsen AK, Sjogren P, Beach P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred a danish multidisciplinary pain center. **Pain** 1997, 73(3): 393-400.
10. Berman MB, Swyers, JP. Establishing a research agenda for investigating alternative medical interventions for chronic pain. **Complementary and alternative therapies in primary care**. 1997; 24: 4: p. 743-758.
11. Bonica, J.J. **The mangement of pain**. 2º ed. Pensylvania: Lea & Febiger; 1990. voll, p.19-20.
12. Bossy, J. Pesquisas Científicas em Acupuntura e Metodologia, **Revista Brasileira de Acupuntura** 1995; 2(3): 46-54.
13. Bowling, A. **Measuring Health: A review of quality of life measurement scales**. 2ºed. Buckingham: Open University Press, 1998. p. 6-9; 43-47; 57-59.
14. Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social **Resolução Ciplan**, No. 05, de 03/03/88.
15. Cailliet, Rene. **Dor Mecanismos e Tratamento**. 1ºed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 257-274.
16. Campbell, Donald T. and Stanley Julian C. **Experimental and quasi-experimental Designs for Reasearch**. 2º Ed. Chicago: Rand Macnally College

- Publishing Company, 1963. p. 6-11.
17. Cardoso, Vanir. **Constipação intestinal no idoso e sua relação com a qualidade de vida**. Florianópolis; 1998. Dissertação do Mestrado de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da UFSC.
  18. Cassidy, Claire M. Chinese Medicine Users in the United States. Part I: Utilization, Satisfaction, Medical Plurality, **The Journal of Alternative and Complementry Medicine**. 1998; 4, Nº 1, 17-27.
  19. Coan, RM, Wong G, Ku SL, Chan CC, Wang L, Ozer FT, Coan PL. The Acupuncture Treatment of Low Back Pain: a Randomized Controlled Study. **American Journal of Chinese Medicine**. 1980; VIII: 2: p. 181-189.
  20. Conill, Eleonor Minho. **Les Implications de la Sante Communautaire en tant que nouvelle politique de Sante: Analyse du cas du Quebec**. Paris, 1982. These pour L'obtention du Doctorat de Troisieme cycle politiques el programmation du Developpement option Sante publique et nutrition dans Le Developpement. Tome I, p. 54-55. Universite de Paris.
  21. Darella, M.L. **História da implantação da Acupuntura na Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis**. Florianópolis; 1996. mimeo.
  22. Ding, L. Acupuntura, **Teoria do Meridiano e Pontos de Acupuntura**. São Paulo: Roca. 1996; p. 9-17.
  23. Donabedian, A. **La calidad de la atencion médica: Definicion y métodos de avaluacion**. México: La Prensa Médica Mexicana S.A; 1984. p. 96-155.
  24. Eisenberg, D.M., Kessler, R.C., Foster, C., Norlock, F.E., Calkins, D.R.& Delbanco, T.L. Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, Costos and Patterns of Use. **New England Journal of Medicine**. 1993; 328: Nº4: p. 246-252.
  25. Elliott, Alison M., Smith Blair H., Penny Kay I., Smith W Cairns, Chambers W Alastair. The epidemiolgy of chronic pain in the community. **Lancet**. 1999. 354: p. 1248-1252.
  26. Engel, George L. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. **Am J Psychiatry**. 1980. 137: p. 535-544.
  27. Escola de Medicina Tradicional Chinesa de Beijing. Escola de Medicina Tradicional Chinesa de Shangai. Escola de Medicina Tradicional Chinesa de

- Nanjing. Instituto de Acupuntura da Academia de Medicina Tradicional Chinesa. **Fundamentos Essências de Acupuntura Chinesa**. São Paulo: Icone. 1995; p. 309-325.
28. Fletcher,R.H., Fletcher,S.F., Wagner,E.,H., **Epidemiologia clinica: elementos essenciais**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996. p. 168-170; 122-123.
  29. Freeborn, D.K., and Greenlick, M.R. Evaluation of the Performance Ambulatory Care Systems: Reseach Requirements and Opportunities. **Suplement to Medical Care**. 1976; 11: p. 51-59.
  30. Fundação IBGE. Censo demográfico: **Mão-de-Obra: resultado da amostra** – Santa Catarina; 1991. Nº23.
  31. Furugard,S., Hedin, P.,J., Eggertz, A., Laurent, C. Akupunkturalarna värt att pröva vid svar tinnitus, **Läkartidnigen**. 1998; 17: p. 1922-1928.
  32. Grant, DJ, Miller, JB, Winschester, DM, Anderson, M, Faulkner, S. A randomizad comparative trial of acupuntura versus transcutaneous electrical nerve stimulation for chronic back pain in the elderly. **Pain**. 1999; p. 9-13.
  33. Grupo de Trabajo, “Calidad de vida y Epoc”, Calidad de vida relacionada com la salud en la EPOC, Instrumentos de medida en España. Barcelona. **Editorial MCR, S.A**. 1996; 48-62.
  34. He, Yin Hun, Ne Zhang Bai. **Teoria básica de Medicina Tradicional Chinesa**. São Paulo: Ed Atheneu. 1999. p. 1-17.
  35. Hsu DT. Acuncture. **Regional Anesthesia**. 1996; 21 (4): 361-370.
  36. Huang Di Nei Jing. **Su Wen**. Madrid: Mandala Ediciones S.A. 1992. p. 567-573.
  37. IASP. International Association for the Study of Pain. **Classication of Chronic Pain**. 2º Ed. Seattle: IASP Press; 1994. P. 1-7.
  38. Jensen BL, Melsen B e Jensen SB. Effect of Acupuntura on headache measured by reduction in number of attacks and use of drugs. **Scand. J. Dent. Res**. 1979; 87: 373-380.
  39. Junnila, SYT. Long-term treatment of chronic pain with acupundture. Part I. **Acupuntura & Elector-Therapeutics Res., Int. J**. 1987; 12: 23-36.
  40. Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J., Grebb, Jack A., **Compêndio de Psiquiatria, Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1997, 706-709.

41. Kjendahl, Astrid, Sällström, Susane, Osten, per E., Stanghelle Johan K. A one year follow-up study on the effects of acupuncture in the treatment of stroke patients in the subacute stage: a randomized, controlled study. **Clinical Rehabilitation**. 1997; 11: p. 192-200.
42. Kumar, A., Tandon O. P., Dam S., Bhattacharya A. and Tyagi K.K. Brainstem auditory evoked response changes following electro-acupuncture therapy in chronic pain patients. **Anaesthesia**. 1994; 49: p. 387-390.
43. Kumar, A., Tandon O. P., Dam S., Bhattacharya A., Gupta K, R. and Dhar D. Soatosensory evoked potential changes following electro-acupuncture therapy in chronic pain patients. **Anaesthetists**. 1995; 50: p. 411-414.
44. Lehmann, TR, Russel DW, Spratt KF, Colby H, Liu YK, Fairchild ML e Christensen S. Efficacy of Electroacupunctura and Tens inthe Rehabilitation of Chronic low back Pain Patients. **Pain**. 1986; 26: p. 277-290.
45. Lewith, GT. How effective is acupuncture in the management of pain? **Journal of the Royal College of General Practitioners**. 1984; 34: p. 275-278.
46. Li, S. M. **Bi Zheng (Síndrome Bi)**. 1999. Mimio: Aula preparada para o Curso de Acupuntura Ipe/MTC.
47. Li, S.M., Darella, M.L., Pereira, O. A.A., coordenadores. **Cinco Elementos**. Florianópolis. 1999. [Apostila 1 do Curso de Acupuntura do Ipe/MTC].
48. Li, S.M., Darella, M.L., Pereira, O. A.A., coordenadores. **Teoria dos Meridianos**. Florianópolis. 1999. [Apostila 1 do Curso de Acupuntura do Ipe/MTC].
49. Li, S.M., Darella, M.L., coordenadores. **Causas de doenças**. Florianópolis. 1999. [Série didática Cadernos de Medicina Chinesa do Ipe/MTC].
50. Luz, M. T. **Racionalidades Médicas e Terapeuticas Alternativas**. 1993. Rio de Janeiro: UFRJ/IMS.
51. Maciocia, G. **The Foundations of Chinese Medicine: A Comprehensive Text for Acupuncturists and Herbalists**. Singapore. Churchill Livingstone. 1989; p.35-51.
52. MacLennan, A.H., Wilson, D.L.& Taylor, A.W. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. **Lancet**. 1996; 347: 569-573.
53. McSweeny, A. John, Creer, Thomas L. Health-Related Quality-of-Life Assessment in Medical Care. **Disease-a-Month**. 1995; XLI: 1: p. 7-69.



54. Melzack, R., Katz J. **Text Book of Pain**. Pain measurement in persons in pain. 3<sup>o</sup>ed. UK: Churchill Livingstone. 1994; p. 337-351.
55. Mendelson, G, Selwood, TS, Krans H, Loh, TS, Kidson MA, Scott DS. Acupuncture Treatment of Chronic Back Pain. **The American Journal of Medicine**. 1983; 74: p. 49-54.
56. Milton, J. **Paradise Lost**. v. VI, line 462.
57. Morant, Solié de. **Acupuntura**. São Paulo: Editorial Médica Panamericana. 1990; p. 77.
58. Nunnally JJJC. **Introduction to psychological measurement**. New York. Mac Graw-Hill. 1970.
59. Palmeira, G. A Acupuntura no Ocidente. **Cadernos de Saúde Pública**. 1990; 6: 2: p. 117-128.
60. Paramore L. Clark. Use of Alternative Therapies: Estimates from the 1994 Robert Wood Johnson Foundation National Access to care Survey. **Journal of Pain and Symptom Management**. 1996; 13: p. 83-89.
61. Patel M. S. Problems in the evaluation of alternative medicine. **Soc. Sci. Med.** 1987; 25: 6: p. 669-678.
62. Patel, M, Gutzwiller, F, Paccaud, Marazzi, A. A meta-anlysis of acupuncture for chronic pain. **International Journal of Epidemiology**. 1989; 18: 4: p. 900-906.
63. Patrick DL, Erickson P. Concepts ol Health-related quality of life. **Designing and Implementing a National Burden of Diseasea Study**. Burden of Disease Unit. Harvard center for population and development studies. p. 82-99.
64. Pereira, MG. **Epidemiologia teoria e prática**. Brasilia: Editora Guanabara Koogan S.A. 1995; p. 337-340; 377-380.
65. Pimenta, Cibele Andruccioli de Mattos. **Instrumentos para avaliação da dor: o que há de novo em nosso meio**. In: 3<sup>o</sup> Simpósio Internacional da dor; 1997; p.40-45; São Paulo, Brasil.
66. Reis, EJFB, Santos, FP, Campos, FE, Acursoio, FA, Leite, MTT, Leite, MLC, Cherchiglia, ML & Santos, Mauricio:. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas **Cadernos de Saúde Pública**. 1990; 6:1. p. 50-61.
67. Richardson, PH & Vincent, CA. The Evaluation of Therapeutic Acupuncture: Concepts and Methods. **Pain**. 1986; 2; 4. p. 1-13.

68. Silva, LMV & Formigli, VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. 1994; 10: 1. P. 80-91.
69. Sussman, DJ. **Acupuntura teoria e pratica**. Buenos Aires: Editorial Kier, S.A. 1984; p.32-40.
70. Teixeira MJ, Figueiró AB, Pimenta, CAM, Lin, TY. Assistência ao doente com dor. **Médicos**. 1998; 4: p. 105-109.
71. Visser, GJ & Peters, L. & Rasker, JJ. Rheumatologists and their patients who seek alternative care: an agreement to disagree. **British Journal of Rheumatology**. 1992; 31: p. 485-490.
72. Visser, GJ & Peters, L. Alternative Medicine and General Practitioners in the Netherlands: Towards Acceptance and Integration **Family Practice**. 1990; 7: 3. p. 227-232.
73. WHO, Guidelines for clinical reserch on acupuncture, **Regional Office for the Western Pacific**. 1995.
74. WHOQOL Group, Study protocol for the Word Health Organization project to develop a quality of life assesment instrument **Designing and Implementing a National Burden of Diseasa Study**. Burden of Disease Unit. Harvard center for population and development studies, quality of life research. 1993; p. 153-159.
75. WHOQOL Group, The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Study Position Paper from the World Health, **Designing and Implementing a National Burden of Diseasa Study**. Burden of Disease Unit. Harvard center for population and development studies, quality of life research. 1995; p. 170-176.
76. Xi Wenbu. **Tratado de Medicina tradicional Chinesa**. 1ªed. São Paulo: Roca, 1993.
77. Xinnong, C. **Acupuntura e Moxibustão Chinesa**. São Paulo: Ed. Roca. 1999; p. 1-18; 242-257.

**ANEXOS**

**ANEXO I**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TEL.: (048) 331-9847-FAX.: (048) 231-9542

Aos profissionais da rede pública de saúde de Florianópolis:

Prezado Colega,

Estamos realizando um estudo clínico para avaliar a mudança na Qualidade de Vida Relacionada a Saúde em pacientes do sexo feminino com dor crônica, tratados com Acupuntura. Trata-se de uma Dissertação de Mestrado da Pós Graduação em Saúde Pública, realizada pela Dra Maryangela Lopes Darella, sob orientação da Profa. Dra Eleonora M. Connil. As pacientes preencherão um questionário de avaliação da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde antes e depois de realizarem uma série de tratamentos com Acupuntura. Podem ser encaminhadas pacientes com dor crônica tais como: cervicalgias, lombalgias, dorsalgias, ciatalgias, cefaléias, dores articulares (ombros, joelhos, cotovelos, etc.) que tenham mais de 3 (três) meses de duração de dor e que nunca tenham realizado tratamento com acupuntura (ou que estejam a mais de um ano sem fazer acupuntura).

A adesão é voluntária, devendo as pacientes serem encaminhadas ao **Centro de Saúde II Centro, situado a Avenida Rio Branco número 90** (antigo Departamento de Saúde Pública; localizado em frente ao Shopping Entrelaços); ao **serviço de Acupuntura e procurar a Dra Maryangela**, todos os dias no período da tarde a partir das 16.00 horas; telefone 225-5691.

Contando com sua colaboração, agradecemos os encaminhamentos realizados.

  
Dra Maryangela Lopes Darella

Pós-graduação em Saúde Pública

SPB/CCS/UFSC

Pesquisa de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde:

**Questionário de identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_

Nº do prontuário: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Telefone para contato:

01 - Idade:      anos.

02 - Sexo: ( ) Fem. ( ) Mas.

03 - Até que série da escola o Sr(a) freqüentou?

- ( ) Primeiro grau incompleto;
- ( ) Primeiro grau completo;
- ( ) Segundo grau incompleto;
- ( ) Segundo grau completo;
- ( ) Superior incompleto;
- ( ) Superior completo;
- ( ) Não sabe ler nem escrever;
- ( ) Não se aplica.

04 - Qual a ocupação atual? \_\_\_\_\_

05 - Qual a ocupação anterior? \_\_\_\_\_

06 - Entre crianças, adultos e idosos, quantas pessoas habitam o seu domicilio?

\_\_\_\_\_

07 - No mês passado, qual foi a renda mensal de cada membro da família?

Primeira pessoa R\$                      mês.

Segunda pessoa R\$                      mês.

Terceira pessoa R\$                      mês.

Outra renda familiar:

Renda familiar: \_\_\_\_\_

08 - Qual o principal problema de saúde que lhe fez procurar o serviço da Acupuntura?

\_\_\_\_\_

09 - Há quanto tempo você apresenta este problema de saúde? \_\_\_\_\_ meses.

10 - Numa escala de 0 a 10, assinale como está sentindo a dor neste momento: \_\_\_\_\_

11 - Além deste problema, cite quais outros problemas de saúde que você tem ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ou

( ) - Não tenho outros problemas de saúde.

**Tratamento concomitante:****Medicamentos em uso:**

Nome	Dose	Tempo	Observações

**Fisioterapia/Exercício físico:**

Modalidade	Frequência	Tempo	Observações

**Psicoterapia:**

Modalidade	Frequência	Tempo	Observações

**Exames Laboratoriais:****Inatividade:**

Há quanto tempo:

Remunerado?

Incapacidade diária (h):

Restrição de Movimento:

Versão brasileira do Perfil de Saúde de Nottingham:

Maryangela Lopes Darella, Eleonora M Connil & Li Shih Min.

A seguir, você vai ver alguns problemas que as pessoas podem ter em sua vida diária;

Leia atentamente a lista de problemas;

Para cada problema que você tenha, marque com uma cruz no quadrado do **Sim**;

Se você não tem este problema, marque uma cruz no quadrado de **Não**;

Por favor responda todas as perguntas. Se não se sente muito seguro de responder **Sim** ou **Não**, marque a resposta que você acredita que seja a **mais certa** no momento.

Sim                      Não

Sempre estou cansado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto dor às noites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As coisas me deixam deprimido (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sim                      Não

Sinto uma dor insuportável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo remédio para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esqueci o que é me sentir bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sim Não

Estou com os nervos a flor da pele

Sinto dor ao mudar de posição

Me sinto sozinho (a)

Sim Não

Só posso andar dentro de casa

Eu custo para me abaixar

Tudo me exige um esforço

Sim Não

Acordo antes da hora

Sou totalmente incapaz de andar

Acho difícil entrar em contato com as pessoas

Sim Não

Os dias me parecem intermináveis

Me custa subir e descer escadas

Me custa recolher ou catar coisas

## ANEXO II

2A

Sim Não

Sinto dor quando ando

Ultimamente me aborreço com facilidade

Acredito que sou um peso para os outros

Sim Não

Passo a maior parte da noite acordado (a)

Sinto que estou perdendo o controle de mim mesmo (a)

Sinto dor quando fico em pé

Sim Não

Tenho dificuldade para me vestir

Me canso logo

Me custa ficar muito tempo em pé (exemplo: filas)

Sim Não

Sinto dor constantemente

Me custa muito para dormir

Sinto que não posso confiar em ninguém

## ANEXO II

	Sim	Não
As preocupações me mantêm acordado a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não vale a pena viver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durmo mal à noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
É difícil me dar bem com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessito ajuda para caminhar fora de casa (bastão, muleta ou alguém)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto dor ao subir e descer escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não
Acordo desanimado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dor quando estou sentado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO II

Na lista seguinte assinale com **Sim** para cada um dos aspectos de sua vida que foi afetado por sua dor.

Responda com **Não** para aqueles aspectos que não estão afetados.

	Sim	Não
Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas no trabalho?		

	Sim	Não
Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com os serviços domésticos?		

	Sim	Não
Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com sua vida social?		

	Sim	Não
Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com sua vida familiar?		

	Sim	Não
Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com sua vida sexual?		

	Sim	Não
Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com seu lazer e passatempo (praticar esportes, ver TV, etc.)		

	Sim	Não
Atualmente, seu estado de saúde lhe causa problemas com os dias de folga? (férias, Natal, finais de semana)		

**Ambulatório de Acupuntura  
Convênio SOMA/SC - HU/UFSC**

**Data:** \_\_\_\_\_ **Nº.** \_\_\_\_\_ **Registro HU:** \_\_\_\_\_  
**Nome:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_  
**Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_  
**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Instrução:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_

**Acupuntor Responsável:** \_\_\_\_\_  
**Clínica de Origem:** \_\_\_\_\_  
**Diagnóstico inicial:** \_\_\_\_\_

**Protocolo de Pesquisa Clínica**

**Queixas Principais e Tempo de Evolução:**

Queixa	Tempo (meses)
1.	
2.	
3.	

**Interrogatório:**

**Zang Fu**

1. ( ) Anorexia (Pi)	2. ( ) Astenia (Qi Xu)
3. ( ) Aversão a frio (Yang Xu)	4. ( ) Calor vespertino (Yin Xu)
5. ( ) Diarréia (Pi)	6. ( ) Diminuição de memória (Xue Xu)
7. ( ) Dispnéia (Qi Xu, Fei)	8. ( ) Distúrbios gineco-obstétricos (Xue Xu)
9. ( ) Dor em agulhada, fixa (Xue Yu)	10. ( ) Dor lombar e de joelhos (Shen)
11. ( ) Dor móvel, variável (Qi Zhi)	12. ( ) Face enegrecida (Xue Yu)
13. ( ) Fraqueza (Qi Xu)	14. ( ) Insônia (Xue Xu)
15. ( ) Irritabilidade, ira fácil (Gan)	16. ( ) Lábios roxo-azulados (Xue Yu)
17. ( ) Membros frios (Yang Xu)	18. ( ) Palidez (Xue Xu)
19. ( ) Palpitação (Xue Xu, Xin)	20. ( ) Parestesia de extremidades (Xue Xu)
21. ( ) Peso ou desconforto epigástrico (Pi)	22. ( ) Sudorese espontânea (Yang Xu)
23. ( ) Sudorese no repouso (Yin Xu)	24. ( ) Tontura (Xue Xu, Gan)
25. ( ) Tosse (Fei)	26. ( ) Vertigem (Xue Xu)
27. ( ) Wu Xin Re (Yin Xu)	28. ( ) Zumbido (Gan)

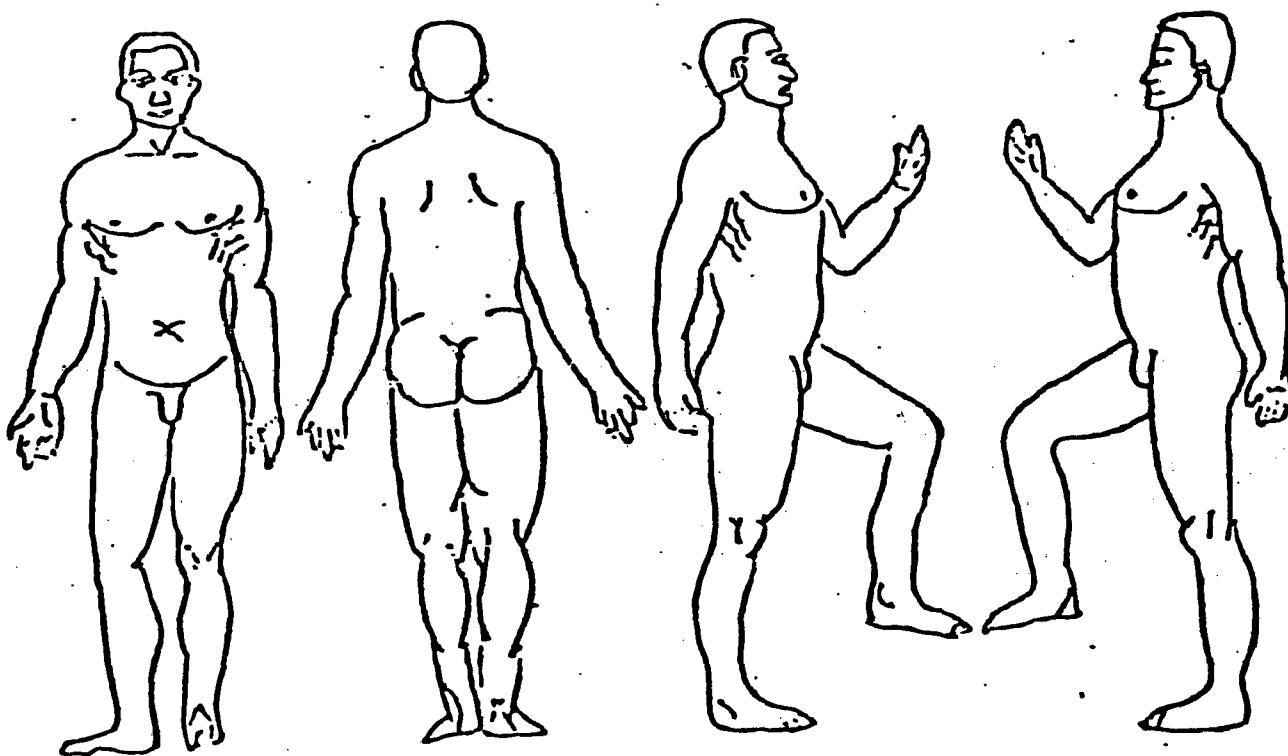
Liu Xie

## ANEXO III

1. ( ) Boca e língua secas (Re)	2. ( ) Calor (Re)
3. ( ) Dor intensa, melhora com Calor (Han)	4. ( ) Fixo (Shi)
5. ( ) Móvel (Feng)	6. ( ) Sangramento (Re)
7. ( ) *Secreções líquidas e abundantes (Han)	8. ( ) Secura (Zao)
9. ( ) Sensação de peso (Shi)	10. ( ) Súbito (Feng)

Jing Luo

Marcar as áreas dolorosas:



**Inspeção de Língua:****ANEXO III****1. Cor do Corpo:**

1. ( ) Pálida - Qi, Xue ou Yang Xu	2. ( ) Roxa-azulada - Re, Han e Xue Yu
3. ( ) Vermelha - Re	4. ( ) Vermelha carmim - Re

**2. Revestimento:**

1. ( ) Amarelo - Re	2. ( ) Branco - Biao, Han
3. ( ) Enegrecido - Jin Ye, Yang ou Shen Xu	4. ( ) Escasso - Zhong Qi Xu
5. ( ) Escorregadio - Shi	6. ( ) Fino - Biao Xie, Zhong Qi Xu
7. ( ) Pegajoso - Shi, Tan ou Shi Ji	8. ( ) Seco - Re

**3. Alteração:**

1. ( ) com Fissura - Xue ou Yin Xu	2. ( ) com Petéquias ou equimoses- Xue Yu
3. ( ) Gorda (infiltrada) - Shi, Tan ou Shui	4. ( ) Seca - Ji Ye Xu
5. ( ) Tenra -Xu	6. ( ) Com espiculas - Huo

**4. Alteração localizada:**

1. ( ) Na ponta da língua - Xin, Fei	2. ( ) No corpo da língua - Pi, Wei
3. ( ) Nas bordas da língua -- Gan	4. ( ) Na raiz da língua- Shen

**Palpação de Pulso:**

1. ( ) Superficial (Fu) - Baio	2. ( ) Profundo (Chen) - Li, Han
3. ( ) Lento (Chi) - Han	4. ( ) Rápido (Shu) -Re
5. ( ) Vazio (Xu) - Xu	6. ( ) Cheio (Shih) - Shih

**Identificação de padrão:**

Qi, Xue, Yin, Yang	
Zang - Fu	
Jing Luo	
Liu Xie	



**Tratamento concomitante:****Medicamentos em uso:**

Nome	Dose	Tempo	Observações

**Fisioterapia/Exercício físico:**

Modalidade	Frequência	Tempo	Observações

**Psicoterapia:**

Modalidade	Frequência	Tempo	Observações

**Exames Laboratoriais:****Inatividade:**

Há quanto tempo:

Remunerado?

Incapacidade diária (h):

Restrição de Movimento:

## ANEXO III

Nome:

D - Direito  
M - MoxaE - Esquerdo  
V - VentosaB - Bilateral  
O - AuriculoT - Toque  
EA - Eletro.

Sessão 1      Data: / /  
VAS:                      Procedimentos:

Sessão 2      Data: / /  
VAS:                      Melhora:              %              Observação:  
  
Procedimentos:

Sessão 3      Data: / /  
VAS:                      Melhora:              %              Observação:  
  
Procedimentos:

Sessão 4      Data: - / /  
VAS:                      Melhora:              %              Observação:  
  
Procedimentos:

Sessão 5      Data: / /  
VAS:                      Melhora:              %              Observação:  
  
Procedimentos:

Sessão 6      Data: / /  
VAS:                      Melhora:              %              Observação:  
  
Procedimentos:

Sessão 7      Data: / /  
VAS:                      Melhora:              %              Observação:  
  
Procedimentos:

Sessão 8      Data: / /  
VAS:                      Melhora:              %              Observação:  
  
Procedimentos:

