



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO**

ÁTHILA CAMPOS GIRÃO

**ACUPUNTURA NA ANSIEDADE GENERALIZADA EM
MULHERES CLIMATÉRICAS: ABORDAGEM TERAPÊUTICA
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

**FORTALEZA
2008**

ÁTHILA CAMPOS GIRÃO

**ACUPUNTURA NA ANSIEDADE GENERALIZADA EM
MULHERES CLIMATÉRICAS: ABORDAGEM TERAPÊUTICA
NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Educação em Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Dalva Santos Alves

FORTALEZA
2008

ÁTHILA CAMPOS GIRÃO

**ACUPUNTURA NA ANSIEDADE GENERALIZADA EM MULHERES CLIMATÉRICAS:
ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

APROVADO EM: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Presidente _____
Prof^a. Dr^a. Maria Dalva Santos Alves
(Universidade Federal do Ceará)

Membro Efetivo _____
Prof. Dr. Reinaldo Barreto Oriá
(Universidade Federal do Ceará)

Membro Efetivo _____
Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Alves e Souza
(Universidade Federal do Ceará)

Membro Suplente _____
Prof. Dr. Paulo César de Almeida
(Universidade Estadual do Ceará)

Dedico este estudo a Clara, ainda em sua morada pré-natal, para que possa usufruir no futuro de uma assistência à saúde integrativa.

AGRADECIMENTOS

A meus pais que possibilitaram minha existência neste mundo para o cumprimento de minha missão;

À minha esposa Raquel Marinho, pelo amor e cuidado a mim dispensados e por me mostrar a alegria e a espontaneidade do viver;

À Prof^a. Dr^a. Maria Dalva Alves, minha orientadora, pelos momentos de afeto, cuidado e amizade ofertados a mim durante nossos encontros;

À Prof^a. Dr^a Ângela Maria Alves e Souza pela sua presença de luz nos momentos especiais de minha vida;

Ao Prof. Dr. Reinaldo Barreto Oriá pelas contribuições inestimáveis e pela disponibilidade e paciência em esclarecer meus questionamentos durante o processo experimental e estatístico;

À Prof^a. Dr^a. Mônica Oliveira Batista Oriá pela sua simplicidade, amorosidade e praticidade ao dirimir minhas dúvidas com relação à estrutura de alguns tópicos;

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida por sua didática transparente nas contribuições estatísticas;

À Dra. Débora Moreira de Araújo, enfermeira e amiga, que soube conduzir seu trabalho de forma criativa e pacífica, trazendo sugestões relevantes à pesquisa;

Aos profissionais do CAPSIII, Dras. Fabíola, Neuza, Ana Carla, Adriana, Neyara, Carla, Magda que estiveram presentes e apoiando incondicionalmente todas as fases da pesquisa, atendendo amavelmente as minhas diversas solicitações, extensivo aos membros da administração, em especial Diego e Xavier;

À minhas amigas do Mestrado, pelos divertidos e proveitosos encontros nesses dois anos de convivência;

Às mulheres participantes da pesquisa, sem as quais todo esse aprendizado não seria possível;

A todos que, de alguma forma, colaboraram nesse processo dinâmico de aprendizagem.

“Não está definido que o grande irá vencer o pequeno; o pequeno acumula e torna-se grande, o grande se fragmenta e fica pequeno”

Morihei Ueshiba

RESUMO

As mulheres são acometidas por sintomas de ansiedade generalizada no climatério/menopausa, gerando um sofrimento psíquico que influencia negativamente sua qualidade de vida. Destarte, surge uma demanda por abordagens naturais, como a acupuntura, que minimizem os efeitos adversos provocados pelas medicações convencionais e que funcionem como fonte de autoconhecimento e responsabilidade na saúde individual e coletiva. Os objetivos deste estudo foram avaliar a acupuntura como terapêutica complementar em mulheres de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como identificar a intensidade das suas queixas difusas antes e depois da aplicação da acupuntura e relacionar a intensidade das mesmas com fatores sócio-demográficos. Estudo do tipo experimental, misto (uni-cego e aberto), randomizado e prospectivo, que teve como instrumentos para a coleta de dados a Escala de Ansiedade de Hamilton - HAMA adaptada por Souza (2004), realizado no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Frota Pinto (CAPS III). Foram observados os procedimentos éticos exigidos para a realização da pesquisa e selecionadas 30 mulheres obedecendo os critérios de inclusão e exclusão, avaliando a HAMA-ANTES e divididas aleatoriamente em dois grupos com acupuntura verdadeira (GT) e acupuntura placebo (CP), as quais foram submetidas a 10 aplicações, uma vez por semana, quando avaliamos a HAMA-DEPOIS. Quatorze mulheres em tratamento no CAPSIII formaram outro grupo controle com medicação (CM) e tiveram a HAMA-DEPOIS avaliada. Os dados foram processados pelo programa *Statistical Package for Social Science* - SPSS, versão 11.0. Os gráficos foram gerados no programa GraphPad Prism, versão 4). Os resultados mostraram que as participantes têm idade entre 41 e 60 anos (81,8 %), são casadas (47,7%), com escolaridades de 1º (47,7%) e 2º (36,3%) graus, praticam o catolicismo (77,7%), trabalham em casa (50,0%), sem filhos (36,3%) ou poucos filhos (43,2%) e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (65,9%), têm baixo sedentarismo (31,8%), são insatisfeitas profissionalmente (61,4%), tiveram puberdade conturbada (63,6%), têm experiência de vida marcada por traumas emocionais e/ou físicos (75,0%), apresentam sintomas psicofísicos manifestados no climatério/menopausa (52,3%) e alto índice de procedimentos cirúrgicos (59,1%), as relações conjugais insatisfatórias afetam a vida psicossomática das mulheres ($r=6,363$; $p=0,012$; $n=30$), e as que trabalham em casa têm maior probabilidade em desencadear sintomas de ansiedade, apesar de não ser significativa estatisticamente ($r=6,356$; $p=0,096$; $n=30$); não houve correlação significativa entre HAMA e as demais variáveis sócio-demográficas. Concluiu-se que a acupuntura reduziu significativamente os níveis de HAMA no CP e no GT; a acupuntura verdadeira foi mais segura e confiável clinicamente; a acupuntura verdadeira e a medicação reduziram os níveis de ansiedade das mulheres, podendo uma ou outra ser adotada isoladamente ou em combinação; é necessário que outros estudos com acupuntura sejam realizados envolvendo amostras maiores, além de controlar melhor as variáveis influenciadoras da ansiedade. É relevante mencionar que o conhecimento apreendido e produzido na sistematização da acupuntura como recurso viável da assistência à saúde, pode integrar-se nas instituições públicas ou privadas, em nível ambulatorial ou hospitalar, nas mais diversas especialidades.

Palavras-chave: Acupuntura, Saúde Mental, Enfermagem

ABSTRACT

Women are disturbed with symptoms of general anxiety in climacteric years/ menopause, creating a mental suffering that adversely affects their life quality. Thus, arising a demand for natural approaches such as acupuncture, which reduces the adverse effects caused by conventional drugs working as a source of self-knowledge and responsibility for individual and collective health. The aims of this study were to assess the acupuncture method as a complementary therapy in women from the Center for Psychosocial Care (CAPS - Centro de Integração Psicossocial) and to identify the intensity of their diffused complaints before and after application of acupuncture and to relate their intensity with socio-demographic factors. Experimental, mixed (single-blind and open), randomized, prospective study, which had as instruments for collecting data the Hamilton Anxiety Scale - HAMA adapted by Souza (2004), held at the Center for Psychosocial Care Prof. Frota Pinto (CAPS III). We complied with the ethical guidelines required for making this research and selected 30 women obeying the criteria of inclusion and exclusion, evaluating the HAMA-BEFORE, randomly distributed into two groups with real acupuncture (GT) and placebo acupuncture (CP), which were subjected to 10 applications once a week, moment in which we assessed the HAMA-AFTER. Fourteen women in treatment at CAPS III completed another control-group making use of medication (CM) whom also received the HAMA AFTER. The Statistical Package Social Science Program was used to process the data - SPSS, version 11.0. We used GraphPad Prism program, version 4) to generate the graphics. The results indicated that the participants between 41 and 60 years old (81.8%) are married (47.7%), concluded Junior School Elementary (47.7%) and High School grades (36.3%), are catholic (77.7%), work at home (50.0%), have no children (36.3%) or few children (43.2%) and which family incomes vary from 1 to 2 living wages (65.9%), low inactivity (31.8%), professionally unfulfilled (61.4%), careworn puberty (63.6%) life experience marked by emotional and/or physical trauma (75.0%), present the climacteric symptoms, psychophysical / menopause (52.3%) and high rate of surgical procedures (59.1%), unsatisfactory conjugal relations affect their psychosomatic lives ($r = 6363$, $p = 0012$ $n = 30$), and those who work at home are liable to present symptoms of anxiety, although not statistically significant ($r = 6356$, $p = 0096$ $n = 30$) There was no significant correlation between HAMA and other socio-demographic variables. We concluded that acupuncture reduced significantly the levels of HAMA on CP and GT groups. The effective acupuncture was larger and clinically reliable. The effective acupuncture and medication reduced the levels of anxiety among women, thence, both can be used singly or jointly. Further studies are needed involving larger, samples with regard to acupuncture, providing a better control of the most imported variables of anxiety. The knowledge acquired and produced during the systematization of acupuncture as of a viable use of health care, can be integrated in public or private institutions, at hospitals or policlinics and in a wide range of specialties.

Keywords: Acupuncture, Mental Health, Nursing

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sócio-demográficas dos grupos controle-placebo-acupuntura (CP), acupuntura tratado verdadeira (GT), controle medicamento (CM), Fortaleza, Jun/Dez, 2007.	48
Tabela 2 –	Fatores de estresse dos grupos controle-placebo-acupuntura (CP), acupuntura tratado verdadeira (GT), controle medicamento (CM). Fortaleza, 2008.	50
Tabela 3 –	Histórico patológico pregresso dos grupos controle-placebo-acupuntura (CP), acupuntura tratado verdadeira (GT), controle medicamento (CM). Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	52
Tabela 4 –	Outras abordagens terapêuticas mais usadas nos três grupos (CP, GT e CM) antes e depois das 10 sessões de acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.	53
Tabela 5 –	Classe dos medicamentos mais usados nos três grupos (CP, GT e CM) antes e depois das 10 sessões de acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	55
Tabela 6 –	Efeito da acupuntura nos grupos (CP, GT e CM) com relação à posologia da medicação após 10 sessões de acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.	56
Tabela 7 –	Efeito da acupuntura nos grupos (CP, GT e CM) com relação aos sintomas de climatério/menopausa após 10 sessões de acupuntura. Fortaleza/CE, 2008.	57
Tabela 8 –	Efeito da acupuntura nos grupos (CP, GT e CM) com relação à HAMA, duração e frequência após 10 sessões de acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.	59
Tabela 9 –	Adequabilidade do placebo (CP). Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	61
Tabela 10 –	Sensações de <i>de qi</i> experimentada pelas mulheres - Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	63
Tabela 11 –	Efeitos sugestivos de mobilização de energia <i>qi</i> experimentados pelas mulheres. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	63
Tabela 12 –	Efeitos ansiolíticos e sedativos experimentados pelas mulheres. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	64

Tabela 13 – Reatividade à acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.	64
Tabela 14 – Reações negativas à acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007	65
Tabela 15 – Resultados clínicos significativos entre CP e GT. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Escores da HAMA antes e depois do tratamento para o grupo controle-placebo (CP). Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	59
Figura 2 – Escores da HAMA antes e depois do tratamento para o grupo tratado (GT). Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	60
Figura 3 – Comparação entre a média das HAMAS-DEPOIS nos grupos CP, GT e CM. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	67
Figura 4 – Acupuntura Placebo - CP (CS6, <i>NEIGUAN</i> ; C7, <i>SHENMEN</i>).....	103
Figura 5 – Acupuntura Verdadeira-GT (CS6, <i>NEIGUAN</i> ; C7, <i>SHENMEN</i>).....	103
Figura 6 – Acupuntura Placebo-CP (E25, <i>TIANSHU</i> ; VC6, QIHAI; VC12, ZHONGWAN).....	104
Figura 7 – Acupuntura Verdadeira-GT (E25, <i>TIANSHU</i> ; VC6, QIHAI; VC12, ZHONGWAN).....	104
Figura 8 – Reação à Acupuntura (Equimose).....	105
Figura 9 – Reação à Acupuntura (Eritema).....	105
Figura 10 – Acupontos do protocolo (E25, <i>TIANSHU</i> ; VC6, QIHAI; VC12, ZHONGWAN).....	106
Figura 11 – Acupontos do protocolo (CS6, <i>NEIGUAN</i> ; C7, <i>SHENMEN</i> ; VG24, <i>SHENTING</i> ; VB13, <i>BENSHEN</i> ; BP6, <i>SANYNJIAO</i> ; F3, <i>TAICHONG</i> ; R3, <i>TAIXI</i>).....	107

LISTA DE FLUXOGRAMAS

- Fluxograma 1** – 1ª etapa da fase de recrutamento. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.37
- Fluxograma 2** – 2ª etapa da fase de recrutamento. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.40

LISTA DE DIAGRAMA

Diagrama 1 – Comparação de variáveis antes e depois das sessões com Acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.....	67
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão/exclusão. Fortaleza, Jun/Dez, 2007	37
Quadro 2 – Escores do teste de confiabilidade do placebo (TCP)	44
Quadro 3 – Total de mulheres por grupo ao final da pesquisa. Fortaleza, Jun/Dez, 2007	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Ansiedade em mulheres	16
1.2 A promoção da saúde mental e as práticas integrativas e complementares de saúde	18
1.3 Acupuntura como prática integrativa e complementar: aspectos históricos, conceituais e científicos	24
1.4 Justificativa	29
2 OBJETIVOS	31
2.1 Geral	31
2.2 Específicos	31
3 METODOLOGIA	32
3.1 Tipo de estudo	32
3.2 Local do estudo	33
3.3 Recrutamento	35
3.3.1 Escala de Ansiedade de Hamilton (HAMA)	41
3.3.2 Questionário sócio-demográfico	42
3.3.3 Teste de Confiabilidade do Placebo (TCP)	42
3.4 Procedimento com acupuntura	44
3.4.1 Protocolo dos acupontos	45
3.5 Tratamento dos dados	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1 Características sócio-demográficas, fatores de estresse e doenças pregressas	48
4.2 Avaliação de outras abordagens terapêuticas utilizadas por CP, GT e CM	52
4.3 Avaliação dos medicamentos mais usados por classe e relação com a acupuntura	55
4.4 Avaliação da acupuntura com relação aos sintomas do climatério/ menopausa	57
4.5 Avaliação dos escores da HAMA	58
4.6 Adequabilidade do placebo	61

4.7 O critério clínico de segurança pela avaliação das reações à acupuntura	62
4.7.1 Reações positivas à acupuntura.....	62
4.7.2 Reações negativas à acupuntura	65
4.8 Avaliação da acupuntura em relação à medicação	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES.....	77
ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

1.1 Ansiedade em mulheres

A ansiedade é vivenciada por qualquer ser humano, mobilizando-o a agir em busca da conquista e da realização de projetos de vida, representando um alerta, permitindo ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente contra seu bem-estar físico e a tomar medidas necessárias para lidar com uma ameaça.

Configura uma experiência humana de caráter preservacional, instintiva, com componentes fisiológicos próprios para a manutenção da homeostase orgânica de cada indivíduo. No nível psicológico, manifesta-se em situações desafiadoras, que forcem o indivíduo a transcendê-las favorecendo, o seu desenvolvimento pessoal. (ARAÚJO; MELLO; LEITE, 2006, SOUZA, 2004).

Torna-se patológica diante de uma resposta desproporcional a um evento estressor que a desencadeia ou, quando não há motivo real para tal resposta, compromete os níveis mental, cognitivo e biológico, configurando um quadro de ansiedade generalizada.

Os fatores ambientais e genéticos, somados ao tipo de resposta dos indivíduos a eventos estressores, são apontados como os principais causadores de queixas de ansiedade generalizada. Apesar de muitos casos não serem diagnosticados como doença mental, sintomas psicossomáticos como enxaquecas, dores de etiologia desconhecida, insônia, tonturas e outras formas de indisposição provocam um custo social relevante, seja na baixa produtividade no trabalho, seja na superdemanda no sistema público de saúde. (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000, ARAÚJO; MELLO; LEITE, 2006, MARGIS *et al.*, 2003).

O tratamento convencional consiste basicamente nos procedimentos farmacológico e psicoterápico. O tratamento medicamentoso não enfatiza os fatores etiológicos da ansiedade patológica (por se limitar à erradicação dos sintomas) e envolve efeitos adversos indesejáveis, além de alto custo para a saúde pública, justificando, pois, a busca de novas formas de intervenções que particularizem o sofrimento de cada indivíduo, com custo/benefício condizentes com nossa realidade. (ALLGULANDER, 2007, ARAÚJO; MELLO; LEITE, 2006).

Embora haja escassos estudos brasileiros que apontem a prevalência dos transtornos de ansiedade em nossa população, autores como Kaplan e Sadock (1993) referem-se a estudos internacionais que apontam a prevalência destes transtornos em de 0,6% a 2,5% da população mundial.

O índice de ansiedade é maior em mulheres do que em homens, entre a idade de 18 e 74 anos, podendo, contudo, surgir em qualquer indivíduo em qualquer período da vida. (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000, ARAÚJO; MELLO; LEITE, 2006).

Para as mulheres a criação dos filhos, as relações interpessoais, seja conjugal ou parental, a necessidade de manutenção do emprego e do status socioeconômico, as relações profissionais desiguais, a sobrecarga dos afazeres domésticos e, em alguns casos, a convivência com a violência doméstica são situações potencialmente ansiogênicas.

Todos esses fatores influenciam negativamente o bem-estar psicológico das mulheres, causam sofrimento psíquico e somático, e fazem com que elas sejam as que mais procurem os serviços de saúde, especialmente na meia-idade (POSSATI; DIAS, 2002, RAMOS, 2006).

De acordo com Mendonça (2004), a meia-idade configura um ciclo de transformações da mulher com perturbações em sua fisiologia (fase do climatério com sintomas de: atrofia das mucosas vulvovaginais e uretrais acompanhada de ressecamento, osteoporose, ondas de calor), culminando com o término da menstruação (fase da menopausa).

Constitui também um período de transição na vida da mulher, tanto no campo da sexualidade como no campo psicossocial, o que gera ansiedade com somatizações difusas (insônia, dores musculares inespecíficas, taquicardia, enxaquecas, sudorese, aumento da frequência urinária, agitação ou depressão psíquica, ondas de calor, irregularidade no ciclo menstrual, queda no desejo sexual).

Esta fase gera também questionamentos e inquietações quanto aos relacionamentos familiares, aos valores e ao seu papel nas relações interpessoais, profissionais e ao confronto com o início de um novo ciclo da vida. Geralmente, é vivenciada pela mulher da meia-idade como um período de perda (financeira e social).

Por outro lado, consiste também em uma transição vital, devendo ser compreendida num contexto mais integral, permitindo interpretá-lo em seus aspectos

positivos e negativos, e podendo ter seu significado construído/reconstruído culturalmente. (STEPKE, 1998).

Inseridas no mercado de trabalho, as mulheres de meia-idade atualmente conseguem gerenciar melhor a multiplicidade de papéis, criando novos caminhos que as permitam superar sentimentos de impotência diante de estressores como: momentos de dificuldade econômica, desemprego do companheiro, doenças ou crises no casamento. (POSSATTI; DIAS, 2002, STEPKE, 1998).

Nesta perspectiva, é cada vez maior a busca por recursos promotores de saúde que ofereçam uma visão mais ampla e integrativa deste ciclo de vida, possibilitando-as vivenciar esta fase com equilíbrio mental e físico.

1.2 A promoção da saúde mental e as práticas integrativas e complementares de saúde

Na década de 70, a concepção de saúde foi reavaliada quanto a sua eficácia, uma vez que o modelo vigente à época, que era focado no conceito de saúde como ausência de doença, não atingia sua meta com relação a uma satisfatória qualidade de vida da população. A partir daí a saúde começou a ser reconhecida como um valioso recurso para melhor usufruto da vida e necessária ao desenvolvimento social e econômico (BUSS, 2003).

O conceito de promoção da saúde surgiu dos debates e dos embates entre diversas correntes de pensamento na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no Canadá, definido na Carta de Ottawa (1986) como “[...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (OMS, 1986).

O modelo de promoção da saúde assim conceituado reformula as práticas de atenção à saúde ao incentivar a auto-responsabilidade individual e coletiva no processo saúde-doença e a participação comunitária mais explícita na formulação de políticas públicas de saúde.

Esta participação não se restringe apenas ao setor da saúde, pois delega responsabilidade às diversas áreas que podem influenciar positivamente a qualidade de vida das populações. A abertura para a intersetorialidade favorece o intercâmbio dos níveis psicossociais, culturais, econômicos e ambientais indissociáveis na

gênese de estratégias que promovam a saúde como um recurso humano para o desenvolvimento de potencialidades (OMS, 1986).

Para se vivenciar a saúde como recurso para a vida e não como objetivo de vida, necessita-se identificar aspirações e habilitar as pessoas na transformação pessoal e do meio ambiente, capacitando-as para a resolução de problemas nos âmbitos físico, emocional e social, produzindo condições para o desenvolvimento econômico, social e pessoal. A saúde deve ser vista como produto de um amplo espectro de elementos relacionados com a qualidade de vida (BUSS, 2003).

Na perspectiva dos movimentos de mudança dos modelos de atenção e gestão de práticas de saúde, embasadas na promoção da saúde, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica, conhecido como processo de desinstitucionalização em saúde mental. A partir das inquietações de vários atores sociais com a denúncia da violência nos manicômios, a mercantilização da loucura e o modelo privatista de assistência à saúde mental, o processo da Reforma Psiquiátrica protagoniza uma crítica ao modelo psiquiátrico tradicional, focado no hospitalocentrismo na assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se fundamenta em três princípios:

- o universo teórico com os pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária;
- o político-ético, advindo da elaboração do Projeto de Lei Paulo Delgado, precursor da Lei Federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental para o tratamento com base em serviços na comunidade e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais;
- o técnico-administrativo que se refere à implantação da rede extra-hospitalar, construindo uma rede de serviços em saúde mental substitutiva da internação hospitalar compulsória. (BRASIL, 2005).

Assim, a Reforma propõe reverter o hospitalocentrismo, desativar leitos hospitalares existentes, criar leitos em hospitais gerais, integrar a Saúde Mental a outros Programas de Saúde, implantar rede de serviços diversificada e qualificada a fim de resgatar a cidadania do doente mental.

A mudança de paradigma da doença para existência-sofrimento num contexto plurifacetado requer a construção de novos saberes e práticas de saúde

orientadas na atenção às demandas específicas e gerais da pessoa em sofrimento mental (SOUZA, 2007).

Neste sentido, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são considerados dispositivos estratégicos para a melhoria do modelo assistencial em saúde mental, pois integram a rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

O CAPS possui como características: o trabalho com o conceito de existência-sofrimento (não negligenciando a história de vida; a dinâmica familiar e a rede social de cada usuário); a integração a outros segmentos da sociedade; a especificidade e criatividade na dinâmica funcional; o multiprofissionalismo equânime; e a atenção diversificada e qualificada (BRASIL, 2005).

Dentre os muitos desafios colocados diante dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, insatisfeitos com os modelos assistenciais em curso, está o aperfeiçoamento do modelo de promoção à saúde com métodos e práticas de saúde que busquem alternativas mais eficazes, de baixo custo ao cuidado, ressocializadoras e de resgate da cidadania, contribuindo para o desenvolvimento do potencial de saúde dos indivíduos e comunidades (BUSS, 2003).

As práticas alternativas acolhem os pressupostos da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde e da Reforma Psiquiátrica Brasileira no sentido de estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde através de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integralidade do ser humano, incluindo uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado humano, especialmente do autocuidado (LUZ, 2005, BRASIL, 2006).

Tais práticas constituem atualmente suporte terapêutico com ampla aceitação por profissionais de saúde e usuários no tratamento de queixas psicossomáticas por seu caráter integrativo, corpo-mente-ambiente, ao empregar técnicas mentais (meditação, relaxamento induzido, visualização criativa), manuais (Reiki, massoterapia), atividades físicas, fitoterapia, homeopatia, musicoterapia, terapias em grupos, naturopatia, nutrição alternativa e acupuntura (ARAÚJO; MELLO; LEITE, 2006, SARAIVA; COSTA; XIMENES, 2003, SOUZA, 2004).

As práticas alternativas recebem denominações diferentes de acordo com a cultura na qual se estabeleça e como se enquadram no sistema de saúde,

empregando terminologias de significados distintos, entre eles: medicina tradicional, medicina complementar e terapias alternativas (OMS, 2002, BRASIL, 2006).

O termo “medicina tradicional” está relacionado a uma racionalidade com um conjunto de conhecimentos, enfoques, crenças e práticas terapêuticas e sanitárias pertinentes à determinada cultura ou povo e prevalentes nesta ou neste. Já os termos “não-convencional”, “alternativo”, “complementar”, são utilizados quando a terapêutica em foco é “estranha” ao paradigma vigente naquele sistema de saúde, tendo um caráter de complementaridade ou de escolha de indivíduos em busca de novos conceitos de cura. Contudo, algumas vezes é utilizado de modo pejorativo, discriminatório e mistificado. (OMS, 2002).

A crescente busca por outras abordagens está diretamente relacionada a alta demanda e custo do tratamento biomédico, com procedimentos basicamente medicamentoso/sintomático e cirúrgico, com serviços caros e complexos, algumas vezes invasivos e iatrogênicos, e com resultados aquém do esperado.

Outros fatores podem ser destacados, como: difícil acesso ao tratamento alopático, efeitos adversos da medicação, baixa resolutividade em doenças crônicas e visão mecanicista/reducionista. (LUZ, 2005, NASCIMENTO, 1998, PALMEIRA, 1990).

Contrariando essa perspectiva, as práticas alternativas oferecem um leque de opções que tem despertado grande interesse dos profissionais de saúde como uma importante contribuição na atenção primária e à saúde mental por seu baixo custo e boa eficácia, com a ampliação do mercado de trabalho. (OMS, 2002, KOZASA, 2006).

Os novos modelos de atenção à saúde vêm ao encontro de uma dinâmica mais solidária e voltada à construção da integralidade do ser, a partir de uma interação harmoniosa entre o meio ambiente e o meio social.

Como resposta a essa tendência, as práticas alternativas vêm se incorporando à rede pública de serviços desde a década de 90, além daquelas já previstas em lei com o advento do Sistema Único de Saúde, como a acupuntura, a homeopatia e a fitoterapia, consolidadas por políticas públicas de saúde. (LUZ, 2005, NASCIMENTO, 1998, OMS, 2002).

Na década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incentivou a pesquisa e a formulação de políticas públicas voltadas às medicinas tradicionais de diferentes nacionalidades, devido a seu interesse e uso crescentes por parte de suas populações e profissionais nos sistemas públicos de saúde, através do Programa de Medicina Tradicional.

A partir disso, comunicados, resoluções, assessorias, encontros técnicos, conferências locais e experiências-piloto em diversos países consubstanciaram a legitimidade desses conhecimentos, o que culminou com o documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, que preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso.

Os critérios adotados pela OMS se baseiam na tentativa de integrar o conhecimento das medicinas tradicionais ou medicina complementar e alternativa (terminologia utilizada no documento) nos sistemas públicos de saúde de diversos países, abrangendo principalmente populações desfavorecidas tanto geográfica quanto economicamente.

As políticas e programas nesta área necessitam de regulamentações, normatizações e controle de qualidade baseados em estudos com credibilidade das instituições governamentais a fim de promoverem a segurança e a eficácia na utilização de terapêuticas sólidas por parte dos profissionais de saúde e consumidores (OMS, 2002).

No Brasil, as discussões para a legitimação e institucionalização das práticas alternativas de saúde se iniciaram na década de 80 com o advento da Reforma Sanitária, particularmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Esta conferência pressupôs o direito democrático de escolha da terapêutica preferida, corroborado na Constituição Federal de 1988 (art. 198, II), onde a interpretação da palavra “integralidade” da atenção à saúde como diretriz do SUS permitiu a combinação de diferentes abordagens do processo saúde-doença-cuidado, configurando-se, possivelmente, na primeira referência legal com respeito às chamadas práticas terapêuticas não-convencionais (NASCIMENTO, 1998).

Na década de 90, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (BRASIL, 1990), alicerçada nos conceitos de promoção da saúde, legitima os ideais da Reforma Sanitária ao preconizar ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social como fatores determinantes e condicionantes de saúde. Para tal objetivo, a 10ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) contempla no seu relatório final a incorporação ao SUS das práticas alternativas populares e comunitárias de saúde.

Ainda na década de 90 e meados do século XXI, a descentralização e a participação popular como fundamentos do desenvolvimento e aperfeiçoamento do

Sistema Único de Saúde (SUS) promoveram o surgimento de experiências pioneiras bem sucedidas em diversos municípios brasileiros no campo das práticas alternativas de saúde, e, conseqüentemente, sua regulamentação através de documentos, portarias, discussões técnicas, conferências e leis municipais.

Na trilha de um caminho promissor para a saúde pública, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, que dispõe sobre as práticas alternativas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC): embasa teórica, política e juridicamente as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) que são crescentes em demanda nos serviços públicos de saúde (quais sejam: a acupuntura, a fitoterapia, a homeopatia, o termalismo social/crenoterapia e a medicina antroposófica); delimita objetivos baseados nos critérios da OMS e aponta diretrizes para uma maior estruturação e fortalecimento das referidas PICs no SUS.

Como características importantes, a PNPIC preconiza a atenção primária como alvo, estendendo-a à atenção secundária e terciária; o trabalho multiprofissional com olhares diversificados do processo saúde-doença-cuidado; a intersetorialidade e a participação social como veículos de fortalecimento das PICs; a integralidade como pressuposto essencial da atenção primária; o incentivo e o investimento em qualificação/capacitação, educação permanente, divulgação e ações de avaliação (BRASIL, 2006).

A PNPIC vem se definindo como mais um elemento de suporte e aprimoramento do SUS, pois fortalece os princípios da universalidade, integralidade e equidade ao atuar na prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, visando à saúde global de indivíduos, famílias e comunidades.

Esta política cria possibilidades de diálogo entre diferentes disciplinas, que juntas buscam apoio mútuo na construção de teorias e práticas que articulem a intervenção técnica com aspectos não tecnológicos mais apropriados àqueles a quem a assistência é prestada.

Com isso, transforma-se conhecimento em saberes e instrumentos que valorizam a forma de pensar multiprofissional, gerando discussões e estratégias interdisciplinares para intervenções com enfoque mais preciso na atenção primária e na saúde mental. (STARFIELD *apud* RAMOS, 2006, AYRES, 2005).

Uma das PICs que vem se destacando na atenção primária e, mais timidamente na saúde mental, é a acupuntura.

1.3 Acupuntura como prática integrativa e complementar: aspectos históricos, conceituais e científicos

A acupuntura, método da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), é praticada há 5.000 anos no Oriente, perdendo-se no tempo a sua origem pontual. Há escritos de civilizações de diferentes épocas utilizando tal procedimento no tratamento de diversas enfermidades. Para a estimulação dos pontos de acupuntura (acupontos), onde a energia do corpo pode ser manipulada, usava-se objetos pontiagudos de diversos materiais (ossos, pedras, metais) a fim de restabelecer o equilíbrio energético do organismo.

No Brasil a acupuntura chegou há 90 anos, principalmente pelas mãos dos imigrantes japoneses. Desde então, vem se desenvolvendo, incorporando conhecimentos de diversas áreas (biologia, fisiologia, microbiologia, cinesiologia, entre outras) e se firmando como terapêutica de escolha para muitos problemas de saúde. Outros recursos empregados pela MTC são a farmacologia chinesa (ervas medicinais), dietética, moxa e ventosaterapia, auriculoacupuntura, eletroacupuntura e exercícios respiratórios e mentais. (ROSS, 1994, MACIOCCIA, 1996a, SVOBODA; LADIE, 2000, YAMAMURA, 2001, WINK, 2006).

A MTC é vista como um sistema terapêutico complexo com seis dimensões bem definidas: uma cosmologia (representação cultural, arquetípica e filosófica que embasa as outras dimensões); uma morfologia (descrição do organismo humano); uma dinâmica vital (explicações sobre a fisiologia do corpo humano); uma doutrina do processo de adoecimento; uma diagnose dos padrões de adoecimento e recursos terapêuticos, sendo a acupuntura o mais conhecido e utilizado no Ocidente. (LUZ, 2006).

A perspectiva vitalista, abrangente, totalizadora e integrativa, característica deste sistema terapêutico complexo, suscitou muitas polêmicas e controvérsias no meio científico, cartesiano. Devido a essas diferenças, a acupuntura se ramificou em duas vertentes principais: a tradicional ou clássica e a científica.

A prática da acupuntura tradicional se fundamenta numa estrutura conceitual que se manifesta em três pilares: a teoria *yin-yang*, a teoria dos Cinco Movimentos (Elementos) e a teoria dos *Zang Fu* (Órgãos e Vísceras) (YAMAMURA, 2001).

A acupuntura tradicional enfatiza as forças interativas entre o homem, o céu e a terra (homem/natureza), sendo o organismo humano um microcosmo da

natureza, logo indissociável desta. Sinais e sintomas manifestam-se quando há um desequilíbrio no intercâmbio de energia entre o corpo e o meio ambiente; e o indivíduo se faz pelo entrelaçamento relacional entre família, sociedade, ambiente e universo. (SVOBODA; LADIE, 2000, YAMAMURA, 2001).

O *yin* e o *yang* são conceitos que representam os aspectos dualísticos pertinentes a todos os fenômenos da natureza. Etimologicamente significam o lado escuro (*yin*) e claro (*yang*) de uma montanha, simbolizando a tendência dual do comportamento do universo. Assim, os pares escuro e claro, noite e dia, terra e céu, mulher e homem, sereno e agitado, interior e exterior, movimento para baixo e para cima, frio e calor, macio e duro podem ser categorizados em *yin* e *yang*, respectivamente. (MACIOCCIA, 1996a).

Da interação tensional entre *yin* e *yang*, desponta o *qi* (lê-se *tchi*) chamado de *ki*, *prana*, *orgone*, *arane*, *força vital* em outras culturas, responsável pelo dinamismo universal e diversidade dos fenômenos. Configura um *continuum* energético, moldando desde processos sutis, imateriais, até eventos materiais. Observando tais forças pode-se transpô-las ao organismo humano, compreendendo um microsistema interativo e integrativo.

Os Cinco Movimentos ou Elementos discorrem sobre os processos evolutivos da natureza e, por extensão, do processo saúde-doença, enquanto que a teoria dos *Zang Fu* (Órgãos e Vísceras) discute os órgãos internos sob a ótica energética, funcional e orgânica, consistindo no fundamento para a compreensão fisiopatológica energética do ser humano. (YAMAMURA, 2001).

O diagnóstico energético na acupuntura tradicional nasce do domínio de quatro métodos: observação, audição-olfato, anamnese e palpação.

Dessa forma, são observados o semblante, as excreções, a aparência, a constituição e a língua; escutados os sons e analisados odores relevantes; na anamnese são questionados sintomas e sinais, emoções, estilo de vida, lar, ambiente de trabalho e outros aspectos susceptíveis de desequilíbrios energéticos; por fim, são palpados o pulso, os acupontos principais e o abdômen.

De posse destas informações, são identificados os padrões de desequilíbrios presentes no indivíduo examinado. As desarmonias podem se originar de fatores externos de ordem climática (calor, vento, frio, umidade, *secura*), de fatores internos (emoções) e de fatores mistos (dieta, ocupação,

excesso de trabalho, exercício, relacionamento, sexo, trauma e parasitas) (MACIOCCIA, 1996b, ROSS, 1994).

Obtido o diagnóstico energético, na acupuntura tradicional procede-se à prescrição dos acupontos, aqueles que ao serem puncionados, geralmente com agulhas, influenciam o fluxo de energia nos meridianos (canais de circulação de *qi*) ou *jing luo*.

Os parâmetros do agulhamento variam de escola para escola e são bastante diversificados tendo como critérios o tipo de estimulação (manual, elétrico, sem estimulação), o grau e a profundidade da estimulação, a localização dos pontos, a área da estimulação (acupontos locais, distais).

Contudo, os métodos de punção tradicionais vão desde a aplicação da agulha no sentido do fluxo e contrafluxo do meridiano ou perpendicular; manipulação das agulhas em sentido horário e anti-horário, ou retenção sem estimulação por tempo determinado (10, 15, 20 minutos), a fim de tonificar (pôr energia) ou dispersar (retirar excesso de energia), ou harmonizar os *Zang Fu* (órgãos e vísceras), sempre de acordo com os preceitos teóricos que cada profissional segue.

O número de sessões varia de acordo com a desarmonia diagnosticada e a resposta terapêutica do indivíduo. Além disso, os acupontos são geralmente modificados nas sessões subseqüentes após reavaliações, tornando o tratamento individualizado (FOCKS, 2005, YAMAMURA, 2001).

A acupuntura científica enfatiza os mecanismos neuroanatômicos e neurofisiológicos das estruturas orgânicas envolvidas, explicadas, sobretudo, pela ligação dos estímulos dos acupontos com o arco reflexo somato-visceral e com estruturas encefálicas como o sistema límbico, a formação reticular, o hipotálamo e o córtex cerebral (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2001, NAKANO, 2005).

As projeções dos estímulos nervosos provocados pelo agulhamento agem na capacidade do organismo em estimular reações fisiológicas como a ativação do sistema imunológico e de mecanismos opióides e neuropeptídeos endógenos, o aumento de limiar da dor e da irrigação sangüínea (OKADA *et al.*, 2006, SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2001).

Palmeira (1990) diz que a acupuntura científica lida com protocolos de acupontos fixos selecionados de acordo com o diagnóstico médico ocidental e com estabelecimento dos parâmetros de agulhamento, ambos não modificáveis no decurso do tratamento e excluindo o conceito de energia vital (*qi*). Na maioria dos

casos, a seleção dos acupontos usa os conceitos tradicionais, apesar de quem os emprega não necessariamente seguir esta linha, tornando-se a principal abordagem dos experimentos clínicos.

Portanto, a acupuntura científica se fundamenta essencialmente:

- no pensamento cartesiano-newtoniano que embasa a biomedicina;
- na análise clínico-nosológica do processo saúde-doença pautado nas teorias microbiana e celular (bioquímica) orientadas pela linearidade dos eventos (causa e efeito);
- na visão centrada no objeto, nas partes;
- na ênfase na estrutura permeada por uma substância nutritiva (sangue), sendo o organismo integrado e regulado pelos sistemas nervoso e endócrino. (ROSS, 1994).

A acupuntura tradicional ou clássica se fundamenta:

- no método hermenêutico-filológico próprio, embasado no conceito de energia vital (*qi*);
- no processo saúde-doença como o desequilíbrio de relações organizadoras dos sistemas orgânicos, contendo as dimensões energética, funcional e orgânica;
- na perspectiva centrada em padrões de desarmonia, em redes relacionais,
- na estrutura conceitual que enfatiza as inter-relações do arranjo funcional entre os órgãos e vísceras (*Zang Fu*) e as matérias que fluem através deles.
- no pensamento organísmico-vitalista, no qual as propriedades essenciais surgem de relações entre as partes (CAPRA, 2004, ROSS, 1994).

A despeito das inúmeras contradições, as duas metodologias não são mutuamente excludentes, podendo-se aliar suas diversas técnicas de intervenção para ampliar as opções no tratamento das enfermidades, o que se observa como tendência natural quando da síntese entre duas culturas diferentes (PALMEIRA, 1990, ROSS, 2003).

De modo geral, as pesquisas com acupuntura são objeto de polêmicas e discussões infundáveis no meio científico, sem alcançar um consenso e longe de validar definitivamente sua eficácia.

De acordo com Sood *et al.* (2005), de 94 ensaios clínicos avaliados e apenas dez destes inclusos na análise, concluiu-se que em dois havia assertivas sobre a eficácia da acupuntura como método terapêutico. Segundo esses autores a diversidade metodológica torna os estudos propensos a vieses e a dificuldade de interpretações.

Amadera (2007) aponta que os chineses apresentam maior quantidade de estudos, porém bastante questionados em suas metodologias científicas pelos ocidentais. Refere ainda que as pesquisas científicas em acupuntura no mundo se concentram mais nas áreas de fisioterapia, ortopedia e pouco na clínica médica, estando voltadas à elucidação de seus mecanismos de ação.

Na saúde mental são incipientes os estudos que enfatizam a fisiopatologia dos distúrbios mentais, relacionadas a alterações nos sistemas monoaminérgicos (como a serotonina, noradrenalina e a dopamina), nos sistemas glutamatérgico e GABAérgico e nos mecanismos genéticos (AMADERA, 2007).

Buscando acessar pesquisas sobre o uso da acupuntura em mulheres com queixas de ansiedade, observou-se no PUBMED 224 estudos relacionados à ansiedade com acupuntura, dos quais aproximadamente 50 são estudos de revisão. Em apenas dois destes (CARPENTER; NEAL, 2005, PORZIO *et al.*, 2002), há a correlação entre acupuntura, ansiedade e menopausa, constatando a escassez de estudos experimentais nesta problemática.

Amadera (2007) indica dois fatos que contribuem para a escassez de pesquisas na área da saúde mental: o enfoque maior das pesquisas nas áreas da fisioterapia e ortopedia e o embargo pelos comitês de ética em pesquisas desta natureza, porque as instituições/organizações de referência para o desenvolvimento da acupuntura no Ocidente não incluem em sua lista de condições tratáveis por esta os desequilíbrios mentais.

Para Filshie e White (2002) os principais problemas relacionados com as pesquisas com acupuntura são: o baixo índice de estudos clínicos controlados; a multiplicidade de hipóteses e técnicas; a resposta terapêutica individual não uniforme; alguns estudos não reproduzíveis, com falhas nos registros técnicos do tratamento administrado; o uso de diferentes sistemas de nomenclatura; o preconceito relacionado às terapias não convencionais.

Contudo, Jaques (2006) afirma que esses obstáculos estão sendo superados pela cooperação entre metodologistas e acupunturistas no que se refere ao aprimoramento de modelos experimentais condizentes com o sinergismo entre dois sistemas terapêuticos diferentes.

A originalidade desta pesquisa está no fato de se fazer um experimento com acupuntura em um serviço público de saúde mental, contribuindo para posicioná-la como mais um recurso terapêutico viável neste tipo de assistência à saúde.

Com isso, abrem-se espaços para um nicho assistencial promissor e em desenvolvimento para enfermeiros e profissionais de saúde de diversas especialidades; beneficiando os usuários pela ampliação do leque terapêutico ofertado, principalmente ao atender clientes com ampla abrangência de queixas psicossomáticas e de diversas faixas etárias.

Além disso protagoniza-se um cenário que motiva outros profissionais a estudarem e pesquisarem as terapias não convencionais com olhar metodológico, a fim de gerar resultados reproduzíveis.

Partindo desse pressuposto, a hipótese construída para este estudo é de que a aplicação da acupuntura nos acupontos verdadeiros, em relação à aplicação nos falsos acupontos e ao protocolo farmacológico, reduzirá os níveis de ansiedade das mulheres que a utilizarem em 10 (dez) sessões de seguimento.

1.4 Justificativa

Nos serviços de saúde pública têm-se percebido uma demanda crescente, principalmente de mulheres de diversas idades, por abordagens complementares mais naturais, como as que não impliquem efeitos adversos indesejáveis, provocados pela terapêutica medicamentosa convencional, e que também funcionem como fonte de autoconhecimento e auto-responsabilidade na saúde individual e coletiva.

Diversos pesquisadores (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000, ARAÚJO; MELLO; LEITE, 2006, SOUZA, 2004) sugerem que as mulheres são as mais acometidas por sintomas de ansiedade generalizada, principalmente no climatério, gerando um sofrimento psíquico que influencia negativamente sua qualidade de vida.

Essa realidade motivou o desenvolvimento dessa pesquisa utilizando a acupuntura como uma estratégia terapêutica complementar à convencional nas

queixas difusas das mulheres na fase do climatério, que buscam um serviço de saúde mental, pois este recurso pode auxiliar na redução e/ou cura da sintomatologia referida com melhoria da qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a acupuntura como terapêutica complementar em mulheres de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

2.2 Específicos

- Identificar a intensidade das queixas difusas das mulheres climatéricas antes e depois da aplicação da acupuntura;
- Relacionar a intensidade das queixas difusas do climatério com fatores sócio-demográficos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa é do tipo experimental, misto (uni-cego e aberto), randomizado e prospectivo.

As pesquisas experimentais de caráter prospectivo avaliam adequadamente as intervenções em saúde, querendo provar se um tratamento é eficaz, determinando a relação causa e efeito deste, definindo a amostra, medindo variáveis preditoras antes do desfecho, e acompanhando eventos por um período determinado no futuro (HULLEY, 2003, SOARES; CASTRO, 1998, CAMEL, 1985).

Em tais estudos os sujeitos são distribuídos aleatoriamente (randomização) em dois grupos, experimental e controle, de modo que variáveis dicotômicas sejam controladas. Em seguida, são realizadas observações e registros, de modo que o pesquisador tenha uma linha de base para determinar o efeito da variável independente (COUTINHO; CUNHA, 2005, CAMEL, 1985).

A randomização é um método de alocação de indivíduos aleatoriamente (ao acaso), proporcionando a possibilidade de constituir grupos com características semelhantes (comparáveis), diferenciando-os apenas pelo tipo de tratamento proposto.

Este processo confere chances iguais de um indivíduo receber uma ou outra intervenção, criando uma maior homogeneidade entre os grupos e diminuindo a tendência do pesquisador em favorecer um ou outro grupo, consciente ou inconscientemente, causando erros sistemáticos (vieses).

Existem várias estratégias de randomização como por ordem de chegada, numeração corrida, dias da semana, tabela de números randômicos, programa de computadores, emprego de envelopes selados com codificação da terapêutica que o usuário receberá (COUTINHO; CUNHA, 2004, MEDEIROS; FERRAZ, 1998).

Neste estudo foram feitas a randomização aleatória simples e a alocação das mulheres por meio de papeletes codificados com o número e as iniciais dos grupos, os quais foram postos em um envelope, misturados aleatoriamente e retirados na ordem de chegada das mesmas.

A partir desse processo foram constituídos três grupos: um tratado com acupuntura verdadeira, outro com acupuntura placebo e um terceiro com terapêutica medicamentosa padrão.

O mascaramento foi uni-cego com relação aos dois grupos em tratamento com acupuntura, pois as mulheres não sabiam que tipo de acupuntura receberiam, a placebo ou a verdadeira; aberto com relação ao grupo tratado com medicamento, já que pesquisador e participantes tinham conhecimento da terapêutica.

Comentários sobre o grupo controle-placebo estão no item 4.3.3 – Teste de Confiabilidade do Placebo (TCP).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Frota Pinto (CAPS III), serviço de saúde mental que funciona em convênio com a Secretaria Executiva Regional III (SER III) da Prefeitura Municipal de Fortaleza e o Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará - UFC, integrando uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que se pauta pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Nesses serviços a Enfermagem vem delineando novas práticas promotoras de saúde mental que incluem intervenções não-convencionais aliadas às tradicionais farmacológica e psicoterapêutica, constituindo um leque de opções que tem despertado grande interesse dos profissionais de saúde em geral como uma importante contribuição tanto na atenção primária quanto na saúde mental por seu baixo custo e boa eficácia. (KOZASA, 2006).

No CAPS III são desenvolvidas as abordagens convencionais medicamentosa e psicoterápica, bem como atividades terapêuticas com perspectiva interdisciplinar, individualmente ou em grupo, muitas delas promotoras de saúde, como terapia ocupacional, terapia comunitária, grupos de diversas modalidades, trabalhos com arteterapia, além da parceria com outros centros de estudos como o Projeto 4 Varas, o Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM/UFC) e o Centro de Estudos da Família.

Desde 2006 nova estrutura acomoda a equipe de profissionais com salas de consulta multiprofissional (enfermagem, psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, assistência social), salas de terapia grupal, sala de espera, recepção, Serviço de

Arquivo Médico e Estatístico - SAME e coordenadoria, a maioria climatizadas, além de copa, almoxarifado, banheiros e uma cooperativa de arteterapia gerenciada pelos próprios usuários com apoio da UFC, sendo que esta cooperativa no transcurso do estudo adquiriu sede própria.

A equipe responsável por essas atividades terapêuticas é formada por uma enfermeira, cinco psiquiatras, quatro assistentes sociais, três psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, uma estagiária de psicologia, uma auxiliar de enfermagem, três auxiliares de serviços gerais e três agentes administrativos.

Devido à grande demanda espontânea, um dos motivos da sobrecarga no serviço, a equipe estabeleceu como critérios prioritários para o aporte de novos usuários o de que sejam moradores da SER III ou que sejam egressos de hospitais psiquiátricos.

A entrada no serviço prossegue com agendamento e realização de triagem, definição de hipótese diagnóstica por psiquiatra e elaboração do plano terapêutico multiprofissional (que pode incluir uso de medicação, psicoterapia individual e em grupo, oficinas, acompanhamento de terapia ocupacional, visitas domiciliares, entre tantas outras), seguimento por determinado período com conseqüente alta e/ou encaminhamento a outros serviços afins da rede pública.

Com relação à demanda composta por aqueles não residentes na SER III, com ou sem encaminhamento de outros serviços, principalmente da atenção primária, procede-se a uma escuta qualificada, processo chamado de “acolhimento”, sendo nada mais que uma pré-triagem. Nesta etapa indaga-se sobre endereço, queixas principais e relacionamentos em alguns âmbitos. Conforme o exposto, o usuário pode seguir duas vias distintas (apêndice A):

- (1) Encaminhamento formal a outros serviços como CEDEFAM, Projeto 4 Varas, Centro de Estudos da Família, CAPS A/D (álcool e outras drogas) e/ou Infantil, e atenção básica (PSF) e pesquisas realizadas no CAPS III, ou em qualquer instituição conveniada;
- (2) Orientação específica sobre o problema relatado, sem necessidade de encaminhamento.

Como o CAPS compõe os serviços de assistência à saúde da UFC, freqüentemente estão integrados à sua equipe, alunos de vários cursos, estagiários

de projetos de extensão e pesquisadores em processo e desenvolvimento de estudos para elaboração de teses, dissertações e monografias de especialização. Por essas peculiaridades, esse serviço é muito receptivo à realização dos mais diferentes tipos de pesquisa.

Nosso estudo foi realizado em três fases distintas: Recrutamento, Procedimento com Acupuntura e Tratamento dos Dados (apêndice B).

3.3 Recrutamento

Esta fase consistiu no cálculo da população de referência e da amostra, na formação dos grupos com dois momentos distintos pela equipe da pesquisa (critérios de inclusão/exclusão, randomização e codificação) e agendamento dos procedimentos com acupuntura.

População e amostra

A população de referência (N) foi composta pelas mulheres que procuram o CAPS III e que se submetem ao processo de acolhimento acima discutido, tanto para egressar no serviço, quanto para receber orientações/encaminhamentos.

Supondo a probabilidade de oito profissionais realizarem duas acolhidas por dia com mulheres em 22 dias úteis no mês, conforme nos informou a equipe do CAPS III, o “N” foi calculado da seguinte forma como:

$$N = 8 \times 2 \times 22 = \mathbf{342};$$

Dispondo da população de referência, o valor da amostra “n” foi calculado a partir da fórmula abaixo, indicada para população finita. (HULLEY, 2003):

$$n = (t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N) / (e^2(N-1) + t_{5\%}^2 P \times Q), \text{ sendo:}$$

- n: tamanho da amostra;
- $t_{5\%}$: valor tabelado da distribuição t de Student ao nível de significância de 5%;
- e: erro amostral;
- N: tamanho da população;

- Q: porcentagem complementar (100-P);
- P: prevalência da doença.

Considerando a variável “ansiedade em mulheres” com uma porcentagem (P) de 50% de intensidade máxima, um nível de significância de 5% e um erro amostral relativo de 20% e N igual a 342, foi aplicada a fórmula, sendo a amostra encontrada igual a 75.

A amostra total (n=75) foi então dividida em três grupos distintos resultando na amostra de 25 mulheres para cada um.

Segundo Medeiros e Ferraz (1998), o valor terapêutico de uma intervenção pode ser distorcido pela modificação de comportamentos e estilo de vida dos indivíduos tratados porque estão recebendo atenção privilegiada durante um estudo (efeito Hawthorne), ou por uma crença irrefutável nos resultados de um tratamento (efeito placebo).

Em face da possibilidade desses erros, foi necessária a divisão da amostra em grupos tratado verdadeiramente e outro(s) recebendo controle, seja placebo ou qualquer outro tipo de tratamento.

Assim, os dois grupos controle foram: um tratado com medicamento, com usuárias em terapia grupal no CAPS III, e outro com acupuntura placebo.

1º ETAPA

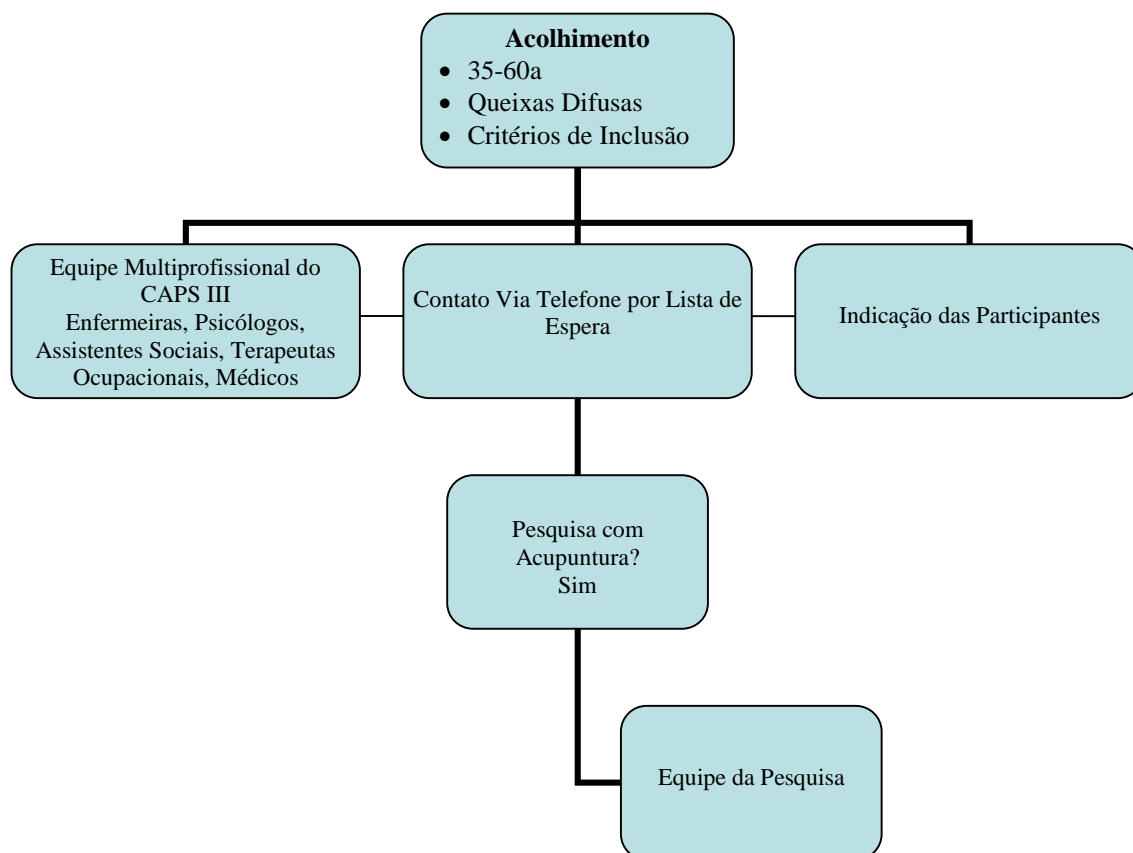
No primeiro momento foram recrutadas as mulheres dos grupos com acupuntura não usuárias do CAPS III. Para isso, foi agendado um encontro com a equipe multiprofissional e explicado todo o fluxograma da pesquisa, com ênfase no acolhimento e critérios de inclusão/exclusão.

Outra forma de seleção foi contato via telefone àquelas mulheres catalogadas numa lista de espera para triagem com quase duzentos nomes. Foram selecionadas mulheres na faixa etária de 35-60 anos, poliqueixosas, independentes de escolaridade e estado civil e que obedecessem aos critérios de inclusão da pesquisa citados no quadro 1.

As mulheres com interesse na acupuntura como um tratamento para o seu sofrimento foram encaminhadas para avaliação com a equipe de pesquisadores, sempre às quartas-feiras, a partir das 14h e por ordem de chegada. Esta equipe foi

composta de três integrantes: duas pesquisadoras capacitadas neste tipo de estudo, convidadas para participar do processo de seleção dos grupos e um pesquisador responsável pela aplicação da acupuntura.

Ao final, os grupos com acupuntura foram formados de três maneiras: encaminhadas pela equipe multiprofissional, por contato via telefone e por indicação das primeiras participantes.



Fluxograma 1 – 1ª etapa da Fase de Recrutamento. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Os critérios de inclusão/exclusão da amostra estão sintetizados no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios de inclusão/exclusão. Fortaleza, Jun/Dez, 2007

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Mulheres	Terapia medicamentosa com acompanhamento regular nos diversos CAPS
Faixa etária de 35-60 anos	Doenças auto-imunes, congênitas e mental graves
Queixas difusas relacionadas à fisiopatologia do climatério	Gestantes
Consentimento livre e esclarecido	Mulheres de constituição frágil (desnutridas, baixo peso, desvitalizadas)
Escore de HAMA-ANTES indicando ansiedade de MÉDIA a MÁXIMA	Escore de HAMA-ANTES indicando ansiedade LEVE

A faixa etária entre 35-60 anos define o período do climatério/menopausa, no qual as mulheres são mais suscetíveis a sinais e sintomas e preocupadas com a saúde em geral, consubstanciando uma fase do ciclo vital feminino repleta de modificações orgânicas e psicológicas que eclodem num amplo espectro de distúrbios neurovegetativos. (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000, ARAÚJO; MELLO; LEITE, 2006, POSSATI; DIAS, 2002, MENDONÇA, 2004).

Para Medeiros e Ferraz (1998), este critério preserva a homogeneidade do estudo com maior chance de participação das mulheres por identificação intrínseca com a problemática, além de proporcionar um desfecho esperado dentro de um prazo razoável.

Os critérios de exclusão da amostra foram: as mulheres com terapia medicamentosa prévia (ansiolíticos, psicotrópicos, medicamentos imunossupressores) em qualquer CAPS; gestantes; mulheres portadoras de doenças auto-imunes e/ou imunossupressoras, congênitas e mentais graves; mulheres de constituição frágil (desnutridas, baixo peso, desvitalizadas). Estes fatores interferem significativamente ou são contra-indicados para o uso da acupuntura. (YAMAMURA, 2001).

2ª ETAPA

Neste etapa da fase de recrutamento com a equipe da pesquisa, as pesquisadoras 1 e 2 expuseram os objetivos da pesquisa, convidaram as mulheres a participarem do estudo e, àquelas que concordaram em participar, solicitaram a subscrição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice C), respeitando os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos previstos na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Vale destacar que foram seguidos os trâmites necessários para aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - UFC, com a intenção de assegurar o consentimento para o uso e descrição dos resultados obtidos, tendo sido aprovado em 24 de maio de 2007 com o Parecer de nº 106/07 (anexo A).

Aquelas que aceitaram, foram submetidas ao Roteiro de Avaliação baseada na Escala de Avaliação de Ansiedade e Hamilton (HAMA), a fim de se identificar a intensidade das queixas psicossomáticas antes das sessões de acupuntura, definida como HAMA-ANTES. Com a HAMA-ANTES de intensidade MÉDIA a MÁXIMA, foi

preenchido o questionário sócio-demográfico (QSD) e a lista das participantes por codificação (apêndice D).

Realizadas a randomização e a codificação referidas na seção 4.1, foi agendada a primeira sessão com acupuntura em cartão de atendimento do CAPS III (anexo B) às segundas, quartas e/ou sextas, a partir das 14h por ordem de chegada.

A fase de recrutamento transcorreu de Junho/07 a Novembro/07 e se deu concomitante aos procedimentos com acupuntura, pois não houve tempo de cada fase ocorrer de forma seqüencial.

Ao final da Fase de Recrutamento 53 mulheres foram entrevistadas pela equipe da pesquisa, configurando os seguintes grupos:

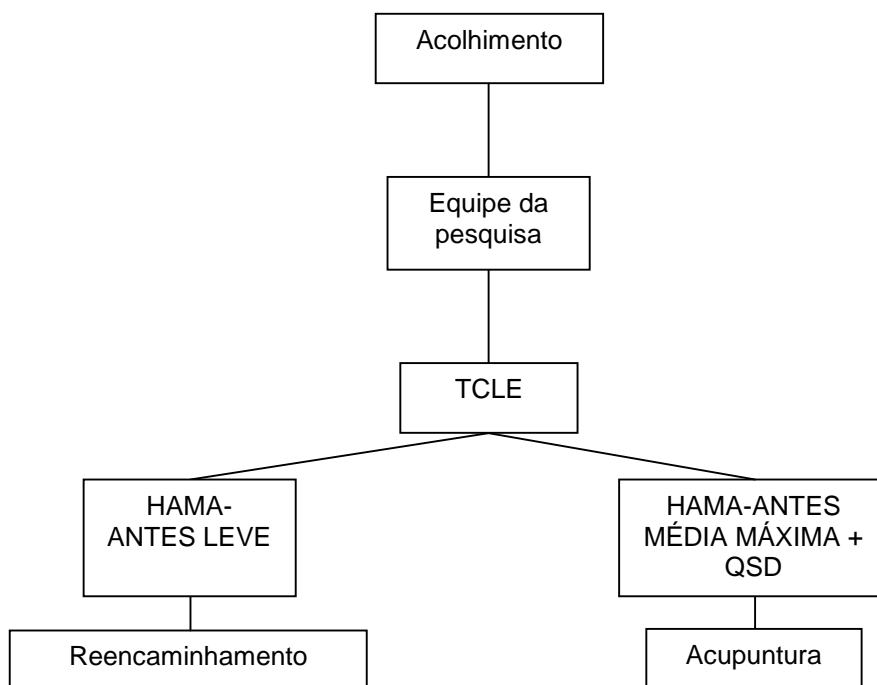
CP: Grupo controle-placebo-acupuntura com 23 mulheres;

GT: Grupo tratado-verdadeiramente-acupuntura com 24 mulheres;

Seis mulheres selecionadas tiveram HAMA-ANTES LEVE e foram encaminhadas ao Projeto 4 Varas para usufruírem das terapêuticas voltadas à saúde mental, como a massoterapia e a terapia da auto-estima.

O grupo tratado (GT) recebeu acupuntura nos acupontos padronizados mundialmente, enquanto o controle-placebo (CP) recebeu acupuntura em pontos a 1,2cm longe dos acupontos verdadeiros (proximal ou distal), com inserção superficial e estimulação mínima.

Em síntese, a fase de recrutamento ocorreu como descrito no fluxograma 2.



Fluxograma 2 - 2ª etapa da fase de recrutamento. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

A respeito do grupo controle-medicamento (CM) vale ressaltar algumas peculiaridades:

- (1) As participantes deste grupo não receberam sessões de acupuntura e foram selecionadas a partir dos grupos terapêuticos existentes no CAPS III, respeitando-se os mesmos critérios de inclusão enumerados anteriormente, acrescidos de terapia medicamentosa proposta no plano terapêutico da equipe multiprofissional. Portanto, o controle-medicamento não dependeu do processo de acolhimento requerido aos grupos com acupuntura, pois todas as suas integrantes já estavam inseridas no serviço. Ressalta-se que este momento se iniciou após o fechamento dos grupos com acupuntura;
- (2) O TCLE foi apresentado a todas as integrantes dos grupos terapêuticos da Segunda/Manhã, Terça/Tarde e Quinta/Tarde e, aquelas que aceitavam participar eram encaminhadas a um consultório para subscrição do mesmo, avaliação da intensidade da HAMA e preenchimento do questionário sócio-demográfico. Neste caso, a composição do grupo se fez com qualquer escore de HAMA, porque muitos sintomas já foram amenizados ou desapareceram com o uso contínuo da medicação. Ao final, o grupo foi formado por 14 mulheres

- (3) O vínculo que estas mulheres têm com o serviço (de 4 meses a 6 anos) amenizou os riscos de abandono da pesquisa, com a possibilidade mais concreta de resgate de informações se necessário. Com este grupo foram comparadas as intensidades da HAMA entre a acupuntura (verdadeira e placebo) e a terapêutica medicamentosa (composta basicamente de benzodiazepínicos e antidepressivos) para avaliação da relevância do efeito daquela em face desta.

Os instrumentos utilizados nesta fase do experimento estão descritos a seguir.

3.3.1 Escala de Ansiedade de Hamilton (HAMA)

As escalas de avaliação traduzem fenômenos clínicos que não podem ser medidos por parâmetros fisiológicos ou biológicos, oferecendo informações objetivas que possam ser avaliadas quantitativamente. Esses dados são usados para auxiliar diagnóstico, enumerar sintomas específicos do cliente em determinado momento e avaliar as mudanças ocorridas no decurso do tratamento (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000, MORENO; MORENO, 2000, OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2005).

É imprescindível para a escolha de uma escala de avaliação levar em consideração os aspectos que ela medirá e com qual finalidade ela está sendo usada (avaliativa ou diagnóstica). Especificamente em relação à ansiedade, vários aspectos podem ser agrupados: humor, cognição, comportamento, estado de hiper-alerta, sintomas somáticos entre outros, sendo importante ressaltar que o uso da escala avalia a propensão à ansiedade de forma subjetiva, sem estabelecer diagnóstico (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000, ARAÚJO; MELLO; LEITE, 2006).

Segundo Souza (2004), a Escala de Ansiedade de Hamilton (HAMA), elaborada em 1959, mundialmente reconhecida e uma das mais utilizadas no meio psiquiátrico, é composta por 14 grupos de sintomas (anexo C), cada um classificado em cinco intensidades (0=ausente; 1=leve; 2=média; 3= forte; 4= máxima ou incapacitante).

Os critérios de eleição desta escala para este estudo foram a referência específica a queixas neurovegetativas abrangentes próprias da ansiedade e suas categorias, de outros distúrbios psiquiátricos (como a depressão) e do climatério/menopausa.

Além disso, incluem-se suas propriedades psicométricas com ênfase nos aspectos somáticos desses desequilíbrios mentais, relacionando-se intrinsecamente com o protocolo de acupuntura; e sua aceitação como um meio excelente para determinar a eficácia relativa de tratamentos em ensaios clínicos. (SOUZA, 2004, MORENO; MORENO, 2000).

Esta pesquisa utilizou a HAMA adaptada por Souza (2004) (anexo C), calculando as variáveis HAMA-ANTES e HAMA-DEPOIS pela somatória das intensidades de cada sintoma.

Para classificar as faixas de intensidade da ansiedade os escores da escala foram somados (podem variar de 0 a 304) e divididos em quatro partes proporcionalmente iguais, por sugestão do estatístico, com as seguintes categorias:

- 0 – 75: LEVE;
- 76 – 150: MÉDIA;
- 151 – 225: FORTE;
- 226 – 304: MÁXIMA

3.3.2 Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico - QSD (apêndice E) foi aplicado no 2º momento da Fase de Recrutamento, após a adesão das mulheres com a assinatura do TCLE em todos os grupos e cálculo da HAMA-ANTES (QSD pré-teste) e, após o procedimento com acupuntura, com o cálculo da HAMA-DEPOIS (QSD pós-teste).

Sua elaboração foi baseada no prontuário de triagem do CAPS e aplicado pela equipe da pesquisa, segundo roteiro de entrevista pré e pós-teste (apêndice E). Representam variáveis qualitativas atribuídas em análise de correlação e de distribuição em testes não-paramétricos.

3.3.3 Teste de Confiabilidade do Placebo (TCP)

Para Medeiros e Ferraz (1998) e Soares e Castro (1998), o placebo consiste na forma usual de mascaramento, com a função de minimizar os riscos dos pacientes ou pesquisadores influenciarem os desfechos dos experimentos por conhecerem o tratamento oferecido (viés de observação ou medida).

Em experimentos com manipulação física uma infinidade de fatores inespecíficos podem influenciar a resposta ao tratamento, sendo o impacto psicológico proveniente de indivíduos conscientes um dos mais comprometedores. (LEWITH; VINCENT, 2002).

O controle-placebo assegura a equivalência terapêutica, não favorecendo um dos grupos envolvidos ao minimizar as expectativas do indivíduo em relação à sua melhora diante da terapia proposta.

Em acupuntura o tratamento controle mais utilizado é aquele em que as agulhas são puncionadas teoricamente em local ineficaz, longe dos acupontos clássicos. Lewith e Vincent (2002) e Okada *et al.* (2006) apontam a acupuntura mínima como o controle-placebo mais adequado nos experimentos em condições clínicas não dolorosas, mediada essencialmente pelo sistema nervoso autônomo. Consiste numa acupuntura aplicada longe dos pontos verdadeiros (1,2cm), com inserção superficial e pouca ou nenhuma estimulação.

Para esses autores essa técnica apresenta a vantagem de ter um poder de convencimento tão real quanto a acupuntura verdadeira, evitando o viés subjetivo aparente de atribuir um possível efeito psicológico à acupuntura, porém, com a desvantagem de produzir efeitos de menor porte por mecanismos neurofisiológicos inespecíficos (DNIC – controle inibitório nociceptivo difuso).

Para avaliar a adequabilidade do controle-plabebo foi utilizada uma escala de credibilidade do tratamento concebida e empregada em estudos de formas diferentes de tratamento psicológico, adaptada a estudos com acupuntura. (LEWITH; VINCENT, 2002).

Os principais questionamentos (1, 2, 3 e 4) quantificáveis recebem escores segundo o quadro 2:

1. Até que ponto este tratamento lhe dá certeza que pode aliviar suas queixas?
2. Até que ponto este tratamento é compreensível para você? Você entende como agulhas colocadas em pontos do corpo podem tratar suas queixas?
3. Você acha que este tratamento é capaz de aliviar outras queixas suas?
4. Você recomendaria este tratamento a amigas que passaram por queixas semelhantes?

Quadro 2 - Escores do teste de confiabilidade do placebo (TCP)

ESCORE	RESPOSTA
0	Não sabe
1	Discorda completamente
2	Discorda parcialmente
3	Concorda parcialmente
4	Concorda completamente

O TCP foi proposto às mulheres de ambos os grupos (CP e GT), primeiramente na fase de recrutamento (inclusive no item 3 do formulário QSD), pontuado com os escores do quadro 2, gerando a variável TCP-ANTES, com a resposta dos itens 1 e 2, e no segundo momento, na reavaliação da HAMA, após os procedimentos com acupuntura, respondendo-se os itens 3 e 4, gerando-se a variável TCP-DEPOIS.

Caso TCP-DEPOIS for menor que TCP-ANTES, afirma-se que o controle-placebo é verdadeiro, por não obter resultados terapêuticos significativos.

Lewith e Vincent (2002) afirmam que o TCP tem, nos diversos estudos em que foi empregado, consistência interna, coerência e confiabilidade comprovada em suas propriedades psicométricas, o que ratifica sua escolha a fim de dar ao estudo maior rigor metodológico.

3.4 Procedimento com acupuntura

Esta etapa consistiu na aplicação da acupuntura nos grupos CP e GT.

Mediante o cartão de marcação, as mulheres foram divididas nos grupos por ordem de chegada e todas as ocorrências da sessão foram registradas na lista de procedimentos realizados (Apêndice F). Esses registros consistiam em comentários das sessões anteriores pelas mesmas e de como havia sido a semana, após a sessão, com relação às sintomatologias e qualidade de vida.

Devido ao vínculo terapêutico estabelecido principalmente nas aplicações iniciais, por ser um recurso ansiogênico à primeira vista, ocorreram situações individuais e coletivas de desabafos, questionamentos relativos ao procedimento, reações inesperadas às punções, orientações nos momentos de iminente desistência, inquietações sobre o futuro após o término da pesquisa, retroalimentação contínua sobre o estudo a fim de manter a motivação das participantes, principalmente nas do CP que apresentavam efeitos adversos imprevisíveis.

Os acupontos foram puncionados com retenção da agulha por 30 (trinta) minutos, com método de tonificação no sentido do fluxo do meridiano, sedação no contrafluxo e harmonização em posição perpendicular ao acuponto, sem qualquer tipo de manipulação direta na agulha (anexo E) (YAMAMURA, 2001, VARANDA, 2005).

As mulheres estavam livres na escolha das sessões em até 3 vezes por semana, às segundas, quartas e sextas, com duração de no máximo 40 minutos cada, totalizando 10 sessões, de acordo com suas conveniências. As faltosas poderiam repor a sessão sem nenhum prejuízo ao andamento do estudo, contanto que finalizassem com o número proposto. O período estipulado foi embasado em pesquisas e na prática clínica que sugerem uma avaliação do tratamento em 10 sessões (ALEM, 2005, OKADA *et al.*, 2006).

As três salas utilizadas eram bastante amplas, com capacidade para cinco macas para atendimento misto (de ambos os grupos) simultâneo, todos climatizados e com iluminação apropriada.

Todas adentravam o recinto em silêncio para não incomodar as companheiras, acomodavam-se, recebiam o procedimento, assinavam a lista de procedimentos realizados com o nome e número da sessão e resgatavam o cartão de atendimento, com o retorno previamente agendado para o dia de seu interesse.

Ao final da última sessão, foi agendada uma reavaliação da intensidade da HAMA para a obtenção da variável quantitativa HAMA-DEPOIS, e subsequente encaminhamento para a massoterapia e terapia da auto-estima no Projeto 4 Varas, ou massoterapia no Centro de Estudos da Família.

3.4.1 Protocolo dos acupontos

Nos moldes da metodologia científica, a aplicação da acupuntura nos grupos selecionados necessita de um protocolo de acupontos pré-estabelecido, como procedidos em Alem (2005) e Okada (2006).

O protocolo eleito foi elaborado pelo Dr. Liu Chih Ming, demonstrado por Varanda (2005) numa aula do curso de MTC, com bons resultados na prática clínica deste profissional para tratamento de tensão e estresse com sintomas difusos relacionados à HAMA. Por isso, foi decidido testá-lo em um experimento com metodologia mais rigorosa:

- VASO GOVERNADOR 24 (VG24, *SHENTING*);

- VESÍCULA BILIAR 13 (VB13, *BENSHEN*);
- CORAÇÃO 7 (C7, *SHENMEN*);
- BAÇO-PÂNCREAS 6 (BP6, *SANYNJIAO*);
- VASO CONCEPÇÃO 12 (VC12, *ZHONGWAN*);
- VASO CONCEPÇÃO 6 (VC6, *QIHAI*);
- CORAÇÃO-SEXUALIDADE 6 (CS6, *NEIGUAN*);
- FÍGADO 3 (F3, *TAICHONG*);
- RIM 3 (R3, *TAIXI*);
- ESTÔMAGO 25 (E25, *TIANSHU*).

Os dez acupontos, referenciados com a posição que ocupam no meridiano e o nome em chinês (anexo E), foram puncionados bilateralmente, de forma crânio-caudal, na frente, punhos, abdômen, pernas e pés.

O método de punção estabelecido, tanto na acupuntura verdadeira, quanto na placebo foi o de retenção da agulha por 30 (trinta) minutos, com tonificação dos acupontos no sentido do fluxo do meridiano, sedação no contrafluxo e harmonização em posição perpendicular ao acuponto, sem qualquer tipo de manipulação direta na agulha, com inserção mais profunda no tratamento verdadeiro. É importante especificar o método de acupuntura porque as variações das diferentes técnicas podem justificar valores aparentemente contraditórios (YAMAMURA, 2001, VARANDA, 2005).

Segundo Lewith e Vincent (2002), este arranjo mescla os enfoques da acupuntura tradicional, que é embasado na divisão autonômica do sistema nervoso como manifestações difusas dos sistemas digestório (alteração do apetite, náuseas, gastrite, úlceras); respiratório (taquipnéia, dispnéia, opressão torácica); circulatório (taquicardia, elevação da pressão arterial, disritmia, frio nos membros); urinário (aumento da frequência urinária, cistite de repetição) e outros (diminuição da libido, impotência sexual, ejaculação precoce, alteração tireoidiana, alteração menstrual, xerostomia); e da acupuntura científica embasado no diagnóstico médico ocidental e por não requerer a modificação dos acupontos no decorrer do tratamento.

3.5 Tratamento dos dados

Concluídos os procedimentos com acupuntura, foi realizado o tratamento dos dados. Para isso as variáveis quantitativas (HAMA-ANTES e HAMA-DEPOIS) e

qualitativas (apêndice G) foram processadas no SPSS-*Statistical Package for Social Science* versão 11.0 da seguinte forma: calculadas as médias e desvio-padrão dos escores de cada grupo; correlação de variáveis com coeficiente de correlação linear r de Pearson; associação entre variáveis com teste X^2 (Qui-Quadrado) e de maximoverossimilhança; teste de pares de médias com teste t de Student; teste de três ou mais médias com teste F de Snedecor. Os gráficos foram gerados no “software” GraphPad Prism (versão 4).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fase de recrutamento transcorreu de Junho/07 a Dezembro/07, com o seguinte desfecho:

Quadro 3 – Total de mulheres por grupo ao final da pesquisa. Fortaleza, Jun/Dez, 2007

Situação	Grupo Placebo (CP)	Grupo Tratado (GT)	Grupo Medicamento (CM)	Total
Total inscritos	23	24	14	61
Desistência	8 (34,8%)	9 (37,5%)	-	17 (27,9%)
Concluído	15 (65,2%)	15 (62,5%)	14(100%)	44 (72,1%)

Assim, do $n = 75$, que seria o ideal de 25 para cada grupo, foram obtidos: 15 para CP, 15 para GT e 14 para CM.

4.1 Características sócio-demográficas, fatores de estresse e doenças pregressas

Neste item, para as correlações entre HAMA-ANTES e as variáveis categóricas nas tabelas 1, 2 e 3, procedeu-se ao Teste de Razão de Maximoverossimilhança (RMV), não considerando os grupos separadamente.

Na tabela 1 estão apresentadas as características sócio-demográficas que podem influenciar nos níveis de ansiedade da amostra.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos grupos controle-placebo-acupuntura (CP), acupuntura tratada verdadeira (GT), controle medicamento (CM), Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

	CP (n=15)		GT (n=15)		CM (n=14)	
	n	%	n	%	n	%
1. Idade						
35-40	2	13,3	1	6,7	5	35,7
41-50	13	86,7	7	46,6	3	21,4
51-60	-	-	7	46,7	6	42,9
2. Estado Civil						
Solteira	4	26,7	3	20,0	3	21,4
Casada	6	40,0	7	46,7	8	57,1
Divorciada	1	6,7	2	13,3	3	21,4
Consensual	3	20,0	2	13,3	-	-
Viúva	1	6,7	1	6,7	-	-

	CP (n=15)		GT (n=15)		CM (n=14)	
	n	%	n	%	n	%
3. Escolaridade						
s/escolaridade	-	-	-	-	2	14,3
1º grau	6	40,0	8	53,3	7	50,0
2º grau	8	53,3	4	26,7	4	28,6
Superior	1	6,7	3	20,0	1	7,1
4. Religião						
Católico	12	80	11	73,3	5	71,4 ⁽¹⁾
Evangélico	2	13,3	4	26,7	2	28,5 ⁽¹⁾
5. Ocupação						
Do lar	8	53,3	12	80,0	2	40,0 ⁽¹⁾
Serv. gerais	2	13,3	-	-	1	20,0 ⁽¹⁾
Autônomo	4	26,7	2	13,3	2	40,0 ⁽¹⁾
Func. público	1	6,7	1	6,7	-	-
6. N° Filhos						
0	6	40,0	5	33,3	1	7,1
1-2	5	33,3	4	26,7	10	71,4
3-4	3	20,0	4	26,7	3	21,4
5 ou mais	1	6,7	2	13,3	-	-
7. Renda Familiar⁽²⁾						
1-2	9	60,0	10	66,7	10	76,9
3-5	5	33,3	5	33,3	3	23,1
6-10	1	6,7	-	-	-	-
Não informou	-	-	-	-	1	%

⁽¹⁾ O percentual não corresponde ao n=14, pois os dados não estavam registrados no prontuário.

⁽²⁾ Renda familiar em salários mínimos

Assim, as mulheres que participaram das sessões com acupuntura têm idade entre 41 a 60 anos (81,8%), em geral casadas (47,7%), com escolaridades de 1º (47,7%) e 2º (36,3%) graus, praticam o catolicismo (77,7%), trabalham em casa (50%), sem filhos (36,3%) ou poucos filhos (1-2) (43,2%) e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (65,9%).

Essas características foram avaliadas pelo RMV quanto à influência no aparecimento das poliqueixas, através do cruzamento estatístico com a variável HAMA-ANTES e foi verificado que:

- as mulheres que trabalham em casa têm tendência a desencadear sintomas de ansiedade, apesar de não ser significativo estatisticamente ($r=6,356$; $p=0,096$; $n=30$);

- não houve correlação significativa entre HAMA-ANTES e as demais variáveis.

A amostra de nosso estudo é similar sociodemograficamente ao encontrado por Souza (2007) em sua caracterização do perfil epidemiológico dos usuários de três CAPSs de Fortaleza, incluindo o CAPS III. Ratifica o achado de que as mulheres que trabalham em casa têm tendência a desenvolver transtornos mentais, pelo desmerecimento da sua atividade, multiplicidade de papéis, sentimento de nulidade em não colaborar financeiramente no lar e de frustração por não conseguir desenvolver suas potencialidades profissionais e sociais.

A tabela 2 mostra os fatores que facilitam a exacerbação de sintomas psicológicos no climatério/menopausa.

A amostra é homogênea na maioria das variáveis, com infância sem prejuízos emocionais (estável) e relacionamentos familiares que satisfazem o desenvolvimento psicossocial da mulher (satisfatório). Por outro lado, verifica-se que as mulheres que trabalham são insatisfeitas profissionalmente (61,4%) e, tiveram puberdade conturbada (63,6%) e têm experiência de vida marcada por traumas emocionais e/ou físicos com conteúdo mal resolvido (75,0%).

Tabela 2 - Fatores de estresse dos grupos controle-placebo-acupuntura (CP), acupuntura tratado verdadeira (GT), controle medicamento (CM). Fortaleza, 2008.

Características	CP (n=15)		GT (n=15)		CM (n=14)	
	N	%	N	%	N	%
1. Situação Financeira						
Instável	4	26,7	8	53,3	6	42,9
Estável	11	73,3	7	46,7	8	57,1
2. Vida profissional						
Insatisfatória	8	53,3	9	64,3	10	71,4
Satisfatória	7	46,7	5	35,7	4	28,6
3. Relacionamento conjugal						
Instável	8	53,3	4	26,7	8	66,7
Estável	5	33,3	9	60	4	33,3
4. Relacionamento familiar						
Instável	3	20	4	26,7	5	35,7
Estável	12	80	11	73,3	9	64,3
5. Infância						
Instável	4	26,7	7	46,7	9	64,3
Estável	11	73,3	7	46,7	5	35,7
6. Puberdade						
Instável	8	53,3	9	60	11	78,6
Estável	7	46,7	6	40	3	21,4
7. Trauma						

Características	CP (n=15)		GT (n=15)		CM (n=14)	
	N	%	N	%	N	%
Não	7	46,7	2	13,3	2	14,3
Sim	8	53,3	13	86,7	12	85,7

⁽¹⁾ O percentual não corresponde ao n=15 pois as mulheres se recusaram a informar.

Dentre os eventos traumáticos mais citados temos a perda de entes queridos (14,8%), a violência física, psicológica e/ou sexual (9,8%), os acidentes no trânsito (3,3%) e os abortos, as separações conjugais, as doenças e as cirurgias (1,6%).

Souza (2007) encontrou alterações psicológicas desencadeadas na puberdade nos usuários dos CAPSs. Muitos dos eventos traumáticos relatados nos grupos se consumaram nesta fase, e muitas vezes contribuem para o desenvolvimento de uma personalidade frágil, repercutindo negativamente nas fases de transição da vida adulta.

No cruzamento das variáveis, foi identificada pelo RMV relevância significativa entre relacionamentos conjugais e HAMA-ANTES ($r= 6,363$; $p=0,012$; $n=30$), evidenciando a consequência prejudicial de relações conjugais insatisfatórias na vida psicossomática das mulheres.

Neste aspecto, Mendonça (2004) faz referência à mulher do climatério/menopausa em sua representação de mulher velha, mal amada, que não tem parceiro, causando impacto desastroso em sua identidade e remetendo-a à idéia de mulher poliqueixosa.

A tabela 3 apresenta condições que podem influenciar os níveis de poliqueixas.

Pelos dados da tabela 3, constata-se que os dois grupos (CP e GT) são bastante homogêneos, destacando como relevantes, do ponto de vista clínico, o alto índice de procedimentos cirúrgicos (52,3%) e os sintomas psicofísicos manifestados no climatério/menopausa (59,1%). Contraopondo-se a esta tendência ansiogênica, apresentaram baixo sedentarismo (31,8%). Estas variáveis não influenciaram estatisticamente os escores de HAMA no início da acupuntura.

Com relação ao CM, como são mulheres inseridas no CAPS III, os achados são confirmados com o estudo de Souza (2007) em seus percentuais mais importantes em todas as três tabelas.

Tabela 3 – Histórico patológico progresso dos grupos controle-placebo-acupuntura (CP), acupuntura tratada verdadeira (GT), controle medicamento (CM). Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Características	CP (n=15)		GT (n=15)		CM (n=14)	
	N	%	N	%	N	%
1. Sedentarismo						
Não	9	60	14	93,3	7	50
Sim	6	40	1	6,7	7	50
2. Alcoolismo						
Não	14	93,3	15	100	14	100
Sim	1	6,7	-	-	-	-
3. Diabetes						
Não	15	100	15	100	14	100
Sim	-	-	-	-	-	-
4. Doenças Cardiovasculares						
Não	10	66,7	9	60	10	71,4
Sim	5	33,3	6	40	4	28,6
5. Doenças Respiratórias						
Não	11	73,3	13	66,7	13	92,9
Sim	4	26,7	2	13,3	1	7,1
6. Doenças crônico-degenerativas						
Não	14	93,3	13	66,7	13	100
Sim	1	6,7	2	13,3	-	-
7. Dependência química ⁽¹⁾						
Não	15	100	15	100	14	100
Sim	-	-	-	-	-	-
8. Tabagismo						
Não	14	93,3	14	93,3	13	92,9
Sim	1	6,7	1	6,7	1	7,1
9. Cirurgia prévia						
Não	5	33,3	3	20	4	28,6
Sim	10	66,7	12	80	10	71,4
10. Sintomas menopausa						
Não	4	26,7	4	26,7	10	71,4
Sim	11	73,3	11	73,3	4	28,6

⁽¹⁾ Drogas ilícitas.

4.2 Avaliação de outras abordagens terapêuticas utilizadas por CP, GT e CM

Comparando os dados da tabela 4 referentes às outras abordagens alternativas, antes e depois do tratamento com acupuntura, foi observado um incremento nas terapias físicas de 13,3% para 33,3% no CP e de 13,3% para 20% no GT.

As mulheres optaram por praticar mais terapias físicas, como a caminhada, por esta ser a de maior acessibilidade, menor custo, benefícios fisiológico, emocional e mental evidentes e de caráter ressocializador. Devido a essas propriedades contribui na redução do sedentarismo, reduzindo os sintomas de ansiedade e climatério-menopausa relacionados.

Tabela 4 – Outras abordagens terapêuticas mais usadas nos três grupos (CP, GT e CM) antes e depois das 10 sessões de acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Abordagens	CP (n=15)				GT (n=15)				CM (n=14)	
	ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Nenhuma	10	66,6	7	46,6	9	60,0	7	46,6	-	-
2. Terapias Físicas	2	13,3	5	33,3	2	13,3	3	20,0	-	-
3. Terapia Grupal	-	-	-	-	1	6,6	1	6,6	6	42,9
4. Terapias Florais	-	-	2	13,3	-	-	1	6,7	-	-
5. Terapias Mentais	1	6,8	-	-	1	6,8	-	-	-	-
6. Terapia Ocup.	-	-	-	-	-	-	1	6,8	-	-
7. Associação ⁽¹⁾	2	13,3	1	6,6	2	13,3	2	13,3	8	57,1
Total	15	100	15	100	15	100	15	100	14	100

⁽¹⁾Duas ou mais abordagens utilizadas pelas mulheres simultaneamente.

Foi observada ainda uma redução nas associações de abordagens terapêuticas evidenciadas no CP, que passou de 13,3% para 6,6% após as sessões. Isso significou uma migração para as terapias físicas, conforme acima mencionado.

A associação de outras formas de cuidado reflete a busca das mulheres na resolução de conflitos, dando abertura a possibilidades de transformações mais consistentes por enfatizarem a auto-responsabilidade individual pela saúde mental, com percentual mais constante no GT (13,3%).

A acupuntura em si já motiva a interiorização, uma vez que o indivíduo passa a prestar mais atenção em suas queixas, favorecendo uma maior compreensão da sua situação de vida, com conseqüente melhor prognóstico à mulher em sofrimento mental.

Como são mulheres advindas da atenção primária e secundária em sua maioria, têm ou tiveram oportunidade de contato com as terapias mentais (visualização criativa, meditação), a psicoterapia, as terapias comunitária e grupal, que foram as mais citadas.

As participantes do CM integram os grupos terapêuticos promovidos pelo CAPSIII como o grupo de queixas difusas, podendo estar inclusas no plano terapêutico a psicoterapia, a terapia ocupacional, além do acesso facilitado à massoterapia, terapia comunitária e de auto-estima e terapia floral do Projeto 4 Varas.

A psicoterapia integra o protocolo tradicional no tratamento da ansiedade e, geralmente, trabalha simultaneamente com o fármaco, a exposição do indivíduo à situação ansiogênica, ou abre espaço para que o mesmo compreenda esta situação de forma mais saudável. (ALGULLANDER, 2007, ARAÚJO; MELLO; LEITE, 2006).

Souza (2007) afirma que as abordagens complementares não são prioridade nas estratégias terapêuticas dos CAPSs em Fortaleza, salientando a necessidade de uma equipe profissional capacitada e sensível ao modelo assistencial multidisciplinar.

Vale ressaltar que durante a pesquisa houve o envolvimento ativo das enfermeiras do serviço no âmbito das modalidades complementares de saúde aplicadas no CAPSIII, alicerçando a prática em novos olhares para o cuidado humano.

Cada vez mais enfermeiros vêm se informando sobre o uso racional das práticas alternativas de saúde, seja por curiosidade ou como fonte de conhecimento para usufruto pessoal e/ou de seus clientes, bem como se especializando em uma delas por vários motivos como: insatisfação com o modelo apreendido na graduação; utilização de uma abordagem terapêutica complementar à usual; visão do cuidado humano de forma mais ampliada; ou preencher lacunas existentes na área de pesquisa acadêmica. (RIBEIRO, 2002, SARAIVA; COSTA; XIMENES, 2003).

Para Wink (2006), a legitimação da acupuntura como uma tecnologia para a Enfermagem, proposta na resolução COFEN nº 197/97, abre espaço aos enfermeiros para estabelecer um nicho terapêutico e de pesquisas próprios enraizado em seus princípios filosóficos e científicos, concretizados no cuidado humano por uma prática autônoma, tanto técnica, quanto econômica.

A tabela 4 ratifica a assertiva de Trovo *et al.* (2003) de que os enfermeiros precisam vivenciar um processo de ensino-aprendizagem que os permita consolidar em sua prática profissional, com competência e qualificação, este nicho assistencial promissor, uma vez que processos educativos são necessários para que profissionais de saúde e usuários se sintam confiantes na recomendação e adoção destas terapêuticas.

Na área acadêmica as pesquisas com terapias alternativas, especificamente a acupuntura, são incipientes e carecem de rigor metodológico que as tornem

confiáveis. Foi realizada uma busca, sem êxito, de estudos na linha quantitativa em diversos bancos de dados como o BDNF, LILACS e REVISTAS ELETRÔNICAS DE ENFERMAGEM (Revista Latino-Americana de Enfermagem, *Online Brazilian Journal of Nursing*, Revista Gaúcha de Enfermagem).

As investigações se restringem à demanda e à aceitação de usuários, dos profissionais de saúde e do meio acadêmico e como estas terapêuticas se posicionam diante do sistema público de saúde de uma forma ilustrativa. Isso corrobora o alerta de Barros e Adams (2005) sobre a necessidade de se produzirem trabalhos nesta área, a fim de respaldar o cuidar da Enfermagem vinculado às terapias alternativas.

A tabela 4 permite uma reflexão quanto à necessidade de regulamentação e estruturação destas práticas, já que os usuários do serviço público de saúde têm acesso a diferentes tipos de recursos (direitos constitucionais adquiridos), mas que de fato está longe de serem usufruídos de forma digna, responsável, conscientizadora e multidisciplinar, muitas vezes apenas perpetuando o modelo biomédico.

4.3 Avaliação dos medicamentos mais usados por classe e relação com a acupuntura

Nas tabelas 5 e 6 pode-se perceber o comportamento medicamentoso nos grupos CP e GT, com relação à classe de medicamentos e posologia, respectivamente.

Tabela 5 – Classe dos medicamentos mais usados nos três grupos (CP, GT e CM) antes e depois das 10 sessões de acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Medicamentos	CP (n=15)				GT (n=15)				CM (n=14)	
	ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Nenhum	7	46,6	6	40,0	5	33,3	7	46,6	-	-
2. Benzodiazepínicos	3	20,0	4	26,6	3	20,0	2	13,3	2	14,3
3. Antidepressivos	2	13,3	2	13,3	4	26,7	4	26,8	2	14,3
4. Antipsicóticos	1	6,8	1	6,8	-	-	-	-	1	7,1
5. Associação ⁽¹⁾	2	13,3	2	13,3	3	20,0	2	13,3	9	64,3
6. Fitoterápicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	15	100	15	100	15	100	15	100	14	100

⁽¹⁾ Em geral, benzodiazepínico+antidepressivo (tricíclico. ISRSs, IRSNs).

Vale ressaltar que as mulheres destes grupos não possuíam prontuário no CAPSIII e já faziam uso de medicação de forma esporádica ou regular muito antes do início da pesquisa, prescritos na atenção primária e secundária, atenção à saúde mental ou em outros serviços conveniados ao SUS. Contudo, constata-se pela tabela 5 que a maioria das mulheres no início do estudo (46,6% no CP e 33,3% no GT) não utilizavam qualquer medicação.

Quanto ao uso de medicamento, a tabela 5 revela que antes das sessões havia uma maior freqüência no uso de benzodiazepínicos (20% no CP) e antidepressivos (26,6% no GT), com relativo uso das associações (13,3% no CP e 20% no GT), de acordo com o preconizado.

Segundo Allgulander (2007), o tratamento clássico para a ansiedade é medicamentoso e psicoterápico. A farmacologia convencional no tratamento da ansiedade consiste nos benzodiazepínicos e antidepressivos (ISRSs – inibidores seletivos de recaptção da serotonina e IRSNs – inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina), com alívio dos sintomas em três de cada quatro usuários, no prazo de dois a quatro meses e melhora significativa no quadro geral entre quatro a doze meses, no caso de uso exclusivo da medicação sem a psicoterapia.

Este estudo seguiu essa orientação, na medida em que o componente medicamentoso foi padronizado, baseado no protocolo tradicional adotado na rede pública de saúde (incluindo os antidepressivos tricíclicos), minimizando assim os erros metodológicos.

Tabela 6 – Efeito da acupuntura nos grupos (CP, GT e CM) com relação à posologia da medicação após 10 sessões de acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

<i>GRUPOS</i>	<i>REDUÇÃO</i>		<i>MEDICAÇÃO INDIFERENTE</i>		<i>AUMENTO</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
CP (n=15)	3	20,0	11	73,3	1	6,6
GT (n=15)	5	33,3	9	60,0	1	6,6
TOTAL (n=30)	8	26,6	20	66,6	2	6,6

Após os procedimentos com acupuntura, os dados sugerem a retirada e a redução no uso da medicação importantes no GT, corroborados pela tabela 6, com 33,3%. O termo REDUÇÃO, especialmente no GT, significa tanto a retirada do

medicamento, quanto a diminuição da sua dosagem por conta própria pelas mulheres no decurso do tratamento com acupuntura.

Porém, não houve correlação estatística significativa pelo RMV entre a redução da medicação (variável POSOLOGIA) no GT e a diminuição da ansiedade (HAMA-ANTES) ($r= 0,067$; $p=0,967$, $n=30$) após o tratamento com acupuntura.

Com relação ao CP, foi observada uma tendência à manutenção da medicação pelas usuárias (redução de 20%), possivelmente devido a seus efeitos fisiológicos inespecíficos, pois 73,3% mantiveram o uso após as sessões (tabela 6).

4.4 Avaliação da acupuntura com relação aos sintomas do climatério/menopausa

Os sintomas do climatério/menopausa melhoraram tanto no CP (86,6%) quanto no GT (93,3%), contudo em maior proporção neste, sugerindo que a acupuntura nos acupontos verdadeiros possui maior relevância clínica (tabela 7).

Tabela 7 – Efeito da acupuntura nos grupos (CP, GT e CM) com relação aos sintomas de climatério/menopausa após 10 sessões de acupuntura. Fortaleza/CE, 2008.

GRUPOS	SINTOMAS DE CLIMATÉRIO/MENOPAUSA					
	MELHORA		INDIFERENTE		PIORA	
	n	%	n	%	n	%
CP (n=15)	13	86,6	1	6,6	1	6,6
GT (n=15)	14	93,3	1	6,6	-	-
TOTAL (n=30)	27	90	2	6,6	1	3,3

A análise estatística pelo RMV tende a ter diferença significativa ($r= 4,062$; $p=0,131$; $n=30$) no fato de que, após 10 sessões de acupuntura, as mulheres tendem a responder positivamente com a melhora dos sintomas de climatério/menopausa.

As queixas climatério/menopausa mais recorrentes na amostra foram labilidade emocional, irritabilidade, impaciência, ondas de calor, calor na planta dos pés, cefaléia, insônia, dores e formigamento em MMII, ressecamento vaginal, aumento/diminuição da libido, perda de peso, nervosismo.

A fase do climatério/menopausa traz para a mulher sofrimento físico e psíquico, como exemplificado anteriormente, encaminhando-se insidiosamente a desordens

crônicas, como doenças cardiovasculares e osteoporose. Por isso, para Mendonça (2004) a prevenção das co-morbidades, o tratamento de queixas que inviabilizam as atividades de vida diária e a promoção da saúde são aspectos essenciais que não podem ser negligenciados no plano terapêutico dos serviços de saúde.

O significativo percentual do alívio das queixas (86,6% no CP e 93,3% no GT) põe em evidência a característica preventiva da acupuntura, com melhor prognóstico às co-morbidades e contribuindo a um maior bem-estar físico, mental e emocional.

Mendonça (2004) afirma ainda que o objetivo da promoção da saúde no climatério/menopausa está na transmutação de uma situação em que a mulher nega sua passividade diante de uma fase mistificada em simbolismos negativos como depressão, perda do interesse pela vida, indisposição ao trabalho, infertilidade e envelhecimento e morte; e se torna sujeito ativo de mudanças com significação positiva como a minimização dos efeitos, a valorização do autocontrole e a temporalidade do fenômeno, passando a usufruir um momento de reafirmação da identidade, feminilidade, da sexualidade e dos papéis sociais desempenhados.

No decorrer do estudo as mulheres (dos grupos CP e GT) conversavam entre si na sala de espera discutindo temáticas de interesse próprio, compartilhando angústias e experiências sobre acupuntura, vida familiar, conjugal, profissional e social. Muitas delas ao final do estudo estavam mais predispostas ao auto-cuidado, com a auto-estima mais elevada e entusiasmadas com a continuidade do tratamento no Projeto 4 Varas, direcionadas à massoterapia e/ou à terapia da auto-estima.

A acupuntura, por seu caráter preventivo e promotor da saúde, se insere no leque de opções terapêuticas para climatério/menopausa porque viabiliza a afirmação dos aspectos positivos, a partir do incentivo a mudanças de hábitos alimentares e de estilo de vida saudável (como a prática de exercícios físicos), à abertura de novas possibilidades terapêuticas, sociais e relacionais e ao abrandamento e /ou extinção das poliqueixas.

4.5 Avaliação dos escores da HAMA

A tabela 8 ilustra os níveis de ansiedade antes e após os procedimentos com acupuntura com suas respectivas médias, bem como a do grupo medicamento referente apenas à HAMA-DEPOIS.

Tabela 8 – Efeito da acupuntura nos grupos (CP, GT e CM) com relação à HAMA, duração e frequência após 10 sessões de acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Características	CP (n=15)		GT (n=15)		CM (n=14)	
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP
1. Idade	47,07	6,032	51,73	7,015	-	-
2. HAMA-ANTES	138,20	43,179	150,87	33,198	-	-
3. HAMA-DEPOIS	83,40	55,289	100,53	47,861	119,78	69,136
4. Duração (sem)	8,67	1,736	8,25	2,362	130,86	
5. Frequência (%)	97,33	7,988	99,33	2,582	-	-

Foi verificado que a média da HAMA-ANTES é maior que a média da HAMA-DEPOIS, tanto no CP (t de student= 4,298; $p=0,005$), quanto no GT (t de student= 4,766; $p=0,0023$), sugerindo redução significativa dos níveis de ansiedade das mulheres após as aplicações com acupuntura, evidenciado nas figuras 1 e 2.

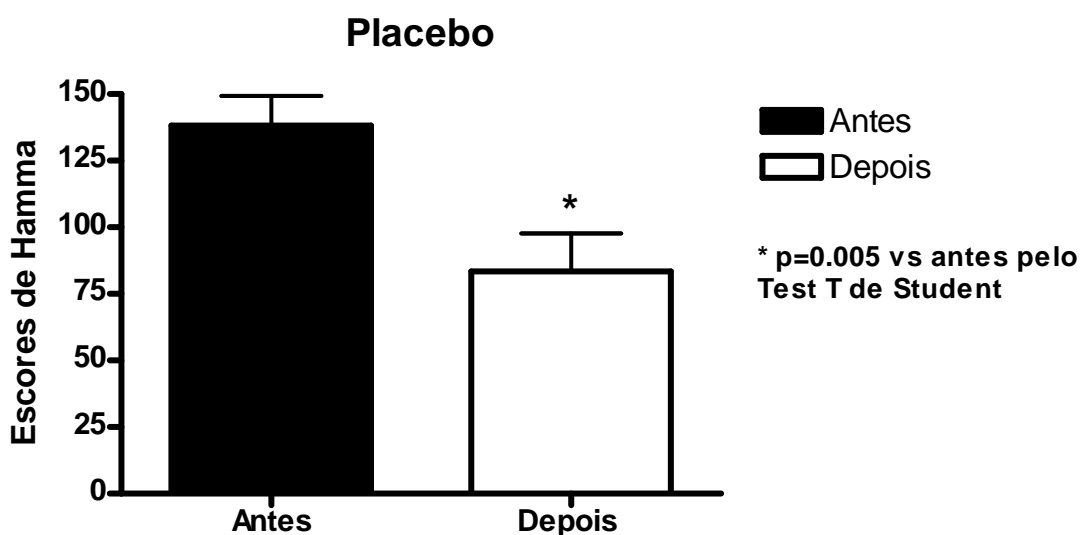


Figura 1 – Escores da HAMA antes e depois do tratamento para o grupo controle-placebo (CP). Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

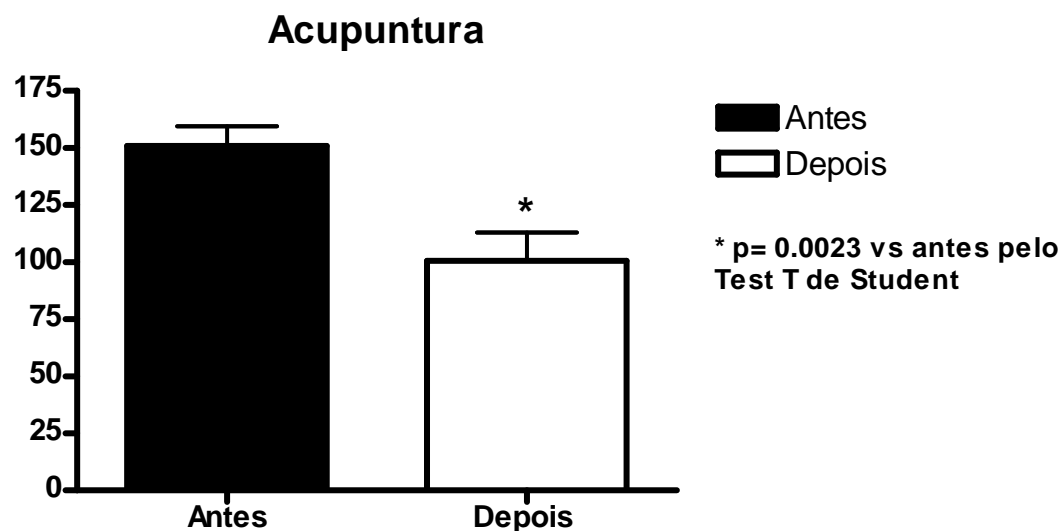


Figura 2 – Escores da HAMA antes e depois do tratamento para o grupo tratado (GT). Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Quando os escores de HAMA-DEPOIS dos grupos CP e GT foram comparados verificou-se que as médias HAMA-DEPOIS, de ambos os grupos, não apresentaram diferença significativa (*t de student*= -0,907; $p=0,372$); também não houve diferença significativa (*t de student*= -0,270; $p= 0,789$) relacionada ao deltaHAMA (subtração dos valores de HAMA-DEPOIS e HAMA-ANTES).

Dessa forma pode-se inferir que os escores de ansiedade diminuíram muito pouco no GT, se comparado ao CP, para que se estabelecesse uma diferença estatística significativa. Isso representa que tanto faz usar a acupuntura placebo quanto a verdadeira, já que ambas tratam a ansiedade das mulheres com êxito.

A explicação provável para este fenômeno é proposta por Lewith e Vincent (2002) que diz que um estímulo nociceptivo estimula a liberação de opióides a partir de mecanismos neurofisiológicos inespecíficos, independente de serem acupontos.

Nos acupontos a resposta é mais rápida, mas como o efeito da acupuntura é prolongado e cumulativo tem-se no final um efeito favorável mesmo na aplicação placebo, explicando também porque houve uma tendência à manutenção da medicação pelas usuárias no CP (redução de 20,0%) na tabela 6.

Ainda pela tabela 8, a duração do tratamento se deu em média em dois meses e meio (8,67 semanas para CP e 8,25 para GT), coadunando com a prática clínica que preconiza uma série de 10 sessões, uma por semana, para uma reavaliação do plano terapêutico. A amostra do CM foi bastante heterogênea neste

item, pois participaram mulheres com tempo de acompanhamento variando de quatro meses a seis anos, prejudicando o confronto com a acupuntura.

Foi observado ainda que nem todas as mulheres concluíram adequadamente o tratamento (2,7% CP e 0,7 GT), impedidas pelos afazeres domésticos e/ou profissionais ou pelo custo/benefício relevante, influenciado pelas repetidas vindas ao serviço e a demora em obter resultados satisfatórios em curto prazo.

4.6 Adequabilidade do placebo

A adequabilidade do placebo para este estudo pode ser questionada, uma vez que estatisticamente promoveu efeitos fisiológicos reais e não de menor porte, contradizendo a literatura (tabela 9).

Tabela 9 – Adequabilidade do placebo (CP). Fortaleza, Jun/Dez, 2007

Características	CP (n=15)		GT (n=15)	
	MÉDIA	DP	MÉDIA	DP
TCP-ANTES	5,20	1,821	6,00	1,291
TCP-DEPOIS	7,21	0,699	7,40	0,910

Os valores médios de TCP aumentaram no CP e no GT após os procedimentos, o que sinaliza que não houve mudança de opinião na crença das mulheres com a resposta fisiológica do placebo, mantendo sua confiabilidade.

A adequação do placebo foi avaliada de acordo com a proposta de Lewith e Vincent (2002): equivalência no impacto psicológico (IP) e medições de rotina da credibilidade.

A equivalência no IP foi assegurada com a acupuntura mínima, método de placebo adotado. Assim, foi obtida uma correlação negativa e tendendo a significativa pelo *r de Pearson* ($r = -0,347$; $p = 0,066$) com relação à HAMA-DEPOIS e TCP-DEPOIS, indicando que tratamentos mais verossímeis tendem a obter efeitos terapêuticos maiores, o que era esperado.

Verificaram-se também as medições de rotina de credibilidade a partir de duas questões propostas no final do estudo, relacionadas à crença das mulheres sobre a autenticidade e efeito no tratamento.

Por estes critérios, verificou-se que o placebo escolhido foi adequado e que, apesar de ter a aparência quase exata da acupuntura, produziu efeito fisiológico de porte considerável, não brando, como esperado, a despeito das reações adversas atípicas.

Alguns autores relatam que, em experimentos com condições dolorosas, a acupuntura verdadeira comparada a um placebo suscita conclusões confusas e equivocadas. Isto porque o placebo responde por cerca de 40 a 50% dos resultados bem sucedidos, semelhante às intervenções hospitalares, sugerindo que a acupuntura em si tem um efeito placebo poderoso. (LEWIS; VINCENT, 2002, MACMILLAN, 2002, FRANCO, 2008, USICHENKO *et al.*, 2007).

Este estudo indica que ambos os tipos de acupuntura são eficazes no tratamento para queixas difusas, e que podemos optar entre um tratamento placebo e um verdadeiro usando o critério clínico de segurança.

4.7 O critério clínico de segurança pela avaliação das reações à acupuntura

Apesar de ser tida como terapia natural, vinculada a reações sem importância clínica, a acupuntura, nesta pesquisa, contradiz este mito pelo fato de as mulheres terem apresentado efeitos colaterais fortes no curso da sessão e logo após a inserção das agulhas, evidenciando que deve ser uma prática para profissionais qualificados e com capacitação adequada.

Por isso, a OMS (2002) recomenda um controle de qualidade baseado em estudos que promovam a segurança na utilização da acupuntura por parte de profissionais e usuários, para que a mesma seja adotada com credibilidade nos CAPSs ou em qualquer serviço da rede pública de saúde.

Para melhor entendimento dividimos as reações em duas categorias: positivas ou típicas e negativas ou atípicas.

4.7.1 Reações positivas à acupuntura

As reações positivas podem ser agrupadas nas sensações do *deqi* (lê-se *de chi*), nas de mobilização da energia, nas ansiolíticas e sedativas e se o indivíduo tem melhor resposta ao tratamento (reatividade). Os indivíduos que apresentam maior frequência de reações no decorrer do tratamento tendem a ter sucesso no mesmo.

A tabela 10 mostra que as sensações do *deqi*, estão presentes com maior frequência no GT.

Tabela 10 – Sensações de *de qi* experimentada pelas mulheres - Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Características	CP (n=15)		GT(n=15)		RMV (r; p)
	N	%	N	%	
Choque	4	26,7	11	73,3	(r=6,794; p=0,009)
Peso	-	-	-	-	-
Dor	6	40,0	8	53,3	(r=2,277; p=0,320)

No GT houve episódios de choque (73,3%) e dor (53,3%) relacionados ao efeito *deqi*. Esta sensação ocorreu em maior frequência no GT, devido à profundidade de inserção e ao local correto do acuponto. Ocorreu de forma menos significativa no placebo (26,7% e 40%, respectivamente) por este usar pontos fora do local correto e inserção superficial da agulha.

A sensação do *deqi* está associada ao êxito na estimulação do acuponto, devido à presença de terminações nervosas adjacentes, e pode ser experimentada como choque, formigamento, entorpecimento, peso, sensação vaga de dor no local da inserção ou uma irradiação no percurso do meridiano.

Houve associação estatística significativa (r=6,794; p=0,009) na variável choque entre CP e GT, sugerindo que a inserção correta tem maior probabilidade de provocar o efeito *deqi*.

Referenciado como bom prognóstico no tratamento, a busca desta sensação, porém, não é prioridade em algumas escolas de acupuntura, advindo muitas vezes de forma espontânea (RAMPES, 2002).

A tabela 11 apresenta efeitos que indicam a mobilização de energia.

Tabela 11 – Efeitos sugestivos de mobilização de energia *qi* experimentados pelas mulheres. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Características	CP (n=15)		GT(n=15)		RMV (r; p)
	N	%	N	%	
Formigamento	3	20,0	7	26,7	(r=0,187; p=0,666)
Flutuação	6	26,7	8	46,7	(r=1,361; p=0,506)

Destes efeitos, a sensação de estar flutuando durante a aplicação das agulhas evidencia uma maior chance de se obter uma resposta mais satisfatória no tratamento, contudo sem associação estatística significativa.

A tabela 12 ilustra efeitos ansiolíticos e sedativos mais presentes no GT, representados no relaxamento e no sono durante e logo após a sessão.

Tabela 12 – Efeitos ansiolíticos e sedativos experimentados pelas mulheres. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

<i>Características</i>	<i>CP (n=15)</i>		<i>GT(n=15)</i>		<i>RMV (r; p)</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Relaxamento	6	40,0	8	53,3	(r=3,600; p=0,463)
Sono	5	33,3	7	46,7	(r=2,517; p=0,642)

Vale ressaltar que esta diferença não é estatisticamente significativa, e que estes achados corroboram com os que foram encontrados por Macmillan (2002).

A tabela 13 mostra que as mulheres do GT tiveram maior frequência de prurido (13,3%) durante as sessões, e hiperemia (33,3%) após as sessões com acupuntura, com maiores frequências se comparadas ao CP, corroborando com Rampes (2002) sobre os indivíduos atópicos tenderem a desenvolver reações eritematosa e pruriginosa, indicando uma maior resposta dessas mulheres à acupuntura verdadeira causada pela inserção profunda nos acupontos verdadeiros (anexo D).

Tabela 13 - Reatividade à acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

<i>Características</i>	<i>CP (n=15)</i>				<i>GT(n=15)</i>				<i>RMV (r;p)</i>
	<i>durante</i>		<i>após</i>		<i>durante</i>		<i>após</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Prurido	1	6,7	3	20,0	2	13,3	3	20,0	(r=1,726;p=0,631)
Hiperemia	2	13,3	1	6,7	1	6,7	5	33,3	(r=3,681;p=0,159)

Houve uma tendência à associação positiva com relação à variável hiperemia entre CP e GT (r= 3,681; p=0,159), apontando para o fato da inserção nos acupontos verdadeiros provocarem uma atopia pronunciada, com maior possibilidade de resposta terapêutica.

De acordo com as tabelas 10, 11, 12 e 13 o grupo tratado com acupuntura verdadeira, pelas reações positivas mais freqüentes, tende a ter maior sucesso no tratamento.

4.7.2 Reações negativas à acupuntura

As reações negativas ou atípicas de importância clínica estão demonstradas na tabela 14:

Tabela 14 – Reações negativas à acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007

Características	CP (n=15)		GT(n=15)		RMV
	N	%	N	%	
Tensão	5	33,3	7	46,7	(r=3,107;p=0,375)
Mal-estar	-	-	3	20,0	(r=5,699;p=0,058)
Irritabilidade	1	6,7	6	40,0	(r=8,027;p=0,091)
Equimose	5	33,3	9	60,0	(r=9,294;p=0,026)

Os indivíduos do GT apresentaram algum tipo de tensão (46,7%) pela expectativa da dor no momento da punção, associado a mal-estar generalizado (20,0%) que é amenizado ao término das inserções. Estas reações vinculam-se à sensação do *deqi*, por isso ocorrem com maior freqüência na inserção dos acupontos verdadeiros (YAMAMURA, 2001). Não houve correlação estatisticamente significativa entre o CP e GT neste aspecto.

Constatou-se a presença de irritabilidade (40%) nas mulheres do GT, com diferença estatística tendente a significativa (r=8,027; p=0,091;n=15), e sintomatologia mais evidente durante a sessão e na semana seguinte a ela, ratificando que, em alguns indivíduos, há piora dos sintomas nas primeiras aplicações, com posterior estabilização e melhora do quadro clínico. (YAMAMURA, 2001).

A equimose foi mais freqüente no GT (60,0%), com aparecimento logo após o término da sessão e diferença estatisticamente significativa no RMV (r=9,294; p=0,026) comparada ao CP (anexo D).

As equimoses e os sangramentos são freqüentes, principalmente pela maior profundidade de inserção das agulhas no GT, bem como pela movimentação inadequada durante o procedimento, pela localização próxima a tendões e nervos,

e muito comum em mulheres com tendência a equimoses por leves traumas ou por emoções fortes (YAMAMURA, 2001, RAMPES, 2002).

Foram objeto de atenção, por seu caráter danoso e abrupto, reações neurovegetativas inesperadas e atípicas em 16% das mulheres do grupo placebo, tais como: taquicardia, sudorese fria, tremores no corpo, tontura, sensação de constrição torácica, vontade de chorar, exacerbação de cefaléias e surgimento de pico hipertensivo.

Assim, pelo critério de segurança, sugere-se a adoção da acupuntura verdadeira em detrimento da placebo nos CAPSs e em outros serviços públicos de assistência à saúde devido às características ilustradas na tabela 15.

Os resultados clínicos apresentados na tabela 15 corroboram com a adoção da acupuntura verdadeira.

Tabela 15 – Resultados clínicos significativos entre CP e GT. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Características	CP	GT
Redução da HAMA	SIM	SIM
Prognóstico	BOM	ÓTIMO
Placebo adequado	SIM	NÃO SE APLICA
Redução de medicamentos	NÃO	SIM
Piora sintomas climatério/menopausa	SIM	NÃO
Reações adversas	ATÍPICAS	TÍPICAS
Segurança	MENOR	MAIOR

4.8 Avaliação da acupuntura em relação à medicação

Comparando a HAMA-DEPOIS nos três grupos na tabela 8, verificou-se ser o valor absoluto do CM (119,78) o mais elevado (CP = 80,40 e GT=100,53), conforme figura 3:

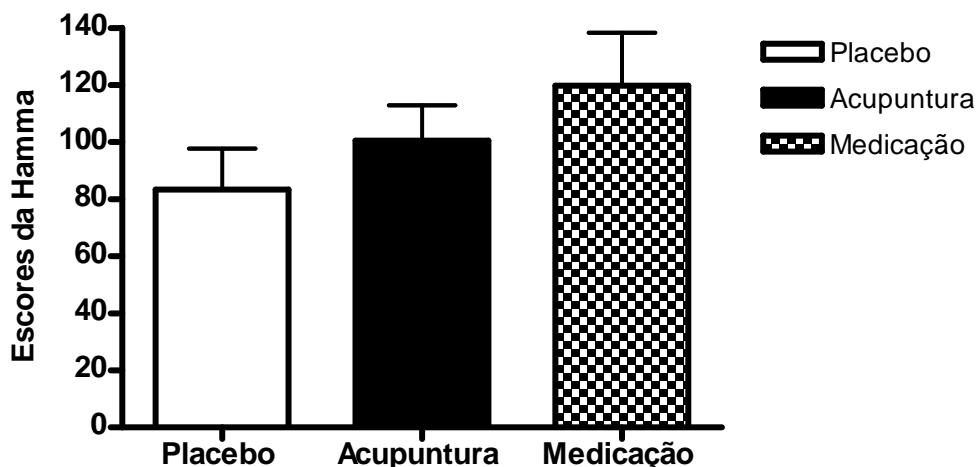


Figura 3 – Comparação entre a média das HAMAS-DEPOIS nos grupos CP, GT e CM. Fortaleza, Jun/Dez, 2007.

Contudo, não houve diferença significativa entre HAMA-DEPOIS do GT e do CM (t de *student*=0,877 e $p=0,388$), indicando que, do ponto de vista estatístico, a acupuntura reduziu os níveis de ansiedade de forma semelhante ao medicamento.

Ressaltamos que não houve influência da medicação na diminuição da HAMA-DEPOIS do GT, pois as mulheres iniciaram os procedimentos com tempo de uso equivalente às do CM e HAMA-ANTES elevada, e, na reavaliação, constatamos a retirada e/ou redução dos psicofármacos (tabelas 5 e 6) e melhora dos sintomas do climatério/menopausa (tabela 7), conforme mostrado no diagrama 3.



Diagrama 1 – Comparação de variáveis antes e depois das sessões com Acupuntura. Fortaleza, Jun/Dez, 2007

Esta análise corrobora Macmillan (2002, p. 390) quando diz que “é preferível um resultado clinicamente importante a um estatisticamente significativo”.

Geralmente é empregado o protocolo estabelecido *a priori*, não modificado no decorrer do tratamento, na maioria dos experimentos com acupuntura. Contudo, a acupuntura aplicada de forma protocolar restringe a atuação do profissional, uma vez que a extensão da sua eficácia está diretamente ligada ao conhecimento e habilidade do profissional, cabendo ao mesmo a modificação intencional do plano terapêutico no decurso do atendimento, mediante a percepção de não resposta por meios de métodos diagnósticos mais sutis. (GUNN, 2002).

Esta modalidade protocolar alimenta o modelo biomédico, pois atua como medicação, impossibilitando investigar a etiologia dos desequilíbrios de forma individualizada.

A acupuntura protocolar inserida no CAPS pode promover a perpetuação do modelo assistencial vigente, biologizante e medicalizador, com espaço inadequado, demanda exacerbada e tempo insuficiente, resumida em consultas para a rápida prescrição de acupontos direcionados ao diagnóstico médico, negligenciando o vínculo terapêutico acolhedor, a ressocialização, o resgate da cidadania, e o desenvolvimento de potencialidades previstos na finalidade assistencial desse serviço e na essência das PICs. (SOUZA, 2007).

Do ponto de vista clínico as vantagens da acupuntura em relação à farmacoterapia são atribuídas ao menor tempo de tratamento com resultados significativos, menor risco de dependência química/psíquica, baixo custo, facilitação da interação terapeuta-usuário. (BRASIL, 2006).

Pelo exposto, preconiza-se o uso da acupuntura isoladamente em casos com componentes ansiogênicos simples, ou combinado com a farmacoterapia clássica do serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem científica deste experimento foi a mais padronizada possível com relação às variáveis, ao regime do tratamento com acupuntura e à medicação concomitante administrada.

Não foi pretensão elucidar mecanismos de ação da acupuntura, mas sim reconhecer sua utilidade terapêutica, disponibilizando argumentos e justificativas plausíveis para sua inserção no CAPS como recurso de promoção da saúde mental.

Pode-se enumerar algumas dificuldades na realização da pesquisa, tais como: a não adaptação ao procedimento, o medo das agulhas, a impaciência em querer obter resultados em poucas semanas, a resistência a novos tipos de cuidado, os efeitos adversos surgidos nas primeiras sessões, a falta de dinheiro para o transporte, inviabilizando o tratamento.

Enfim, verificou-se que:

- as mulheres que participaram das sessões com acupuntura têm idade entre 47 a 51 anos, são casadas, com escolaridades de 1º e 2º graus, praticam o catolicismo, trabalham em casa, sem filhos ou poucos filhos (1-2) e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, com infância estável e relacionamentos familiares satisfatórios, e não são sedentárias. Por outro lado, também são insatisfeitas profissionalmente, tiveram puberdade conturbada, têm experiência de vida marcada por traumas emocionais e/ou físicos, apresentam sintomas psicofísicos manifestados no climatério/menopausa e alto índice de procedimentos cirúrgicos;
- as relações conjugais insatisfatórias afetam a vida psicossomática das mulheres ($p=0,012$); e as que trabalham em casa têm maior probabilidade de desencadear sintomas de ansiedade, apesar de não ser significativo estatisticamente ($p=0,096$);
- não houve correlação significativa entre HAMA-ANTES e as demais variáveis sócio-demográficas;
- a acupuntura reduziu significativamente os níveis de ansiedade das mulheres no climatério/menopausa;

- comparando os tipos de acupuntura (placebo e verdadeiro), ambos reduziram significativamente os níveis de ansiedade; o placebo foi adequado ao estudo; houve efeitos fisiológicos reais com este tratamento; não houve distinção significativa entre os dois métodos quanto à eficácia;
- a acupuntura verdadeira foi mais segura e confiável clinicamente, tanto para o enfermeiro-acupunturista, quanto para as mulheres, devido aos efeitos adversos amenos e esperados, contrapondo-se às reações do placebo atípicas, imprevisíveis, abruptas e eventuais riscos à saúde. Por isso, sugere-se a administração da acupuntura verdadeira em detrimento da placebo;
- a acupuntura verdadeira e a medicação reduziram os níveis de ansiedade das mulheres, podendo uma ou outra ser adotada isoladamente ou em combinação;
- é necessário que outros estudos com acupuntura tenham amostra maior, além de se controladas variáveis influenciadoras para se analisar com maior rigor científico os benefícios da acupuntura.

Vale salientar alguns fatores limitantes como: abertura a falhas na punção e monitoramento do tempo de muitas clientes simultaneamente durante os procedimentos; e a redução da amostra em 36,2% pelas desistências e a vulnerabilidade no controle de variáveis influenciadoras da ansiedade generalizada, que inviabilizaram maior amplitude estatística.

Este estudo se mostrou adequado porque a metodologia utilizada proporcionou um melhor direcionamento na condução do experimento em acupuntura, colaborando na construção de conhecimentos na área, assim como podendo ser replicado por outros pesquisadores.

É relevante mencionar que o conhecimento apreendido e produzido, a partir da sistematização da acupuntura como recurso viável posicionado na assistência à saúde, pode ser ampliado de modo a integrar-se nas instituições públicas ou privadas, em nível ambulatorial ou hospitalar nas mais diversas especialidades.

A Enfermagem tem um espaço assistencial promissor nas PICs, principalmente pelo enfoque multiprofissional da PNPIC, cabendo aos profissionais enfermeiros a estruturação de serviços que construam um intercâmbio conceitual e metodológico entre dois olhares complementares do cuidado humano.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEM, Michele Elisabete Rubio. **A acupuntura na reabilitação de mulheres após tratamento cirúrgico do câncer de mama.** Tese (Doutorado) Universidade estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP [s.n.], 2005.

ALLGULANDER, Christer. O que nossos pacientes querem e necessitam saber sobre transtorno de ansiedade generalizada? **Rev Bras Psiquiatr.** 2007; 29(2):172-6.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** 4th ed. Washington DC. American Psychiatric Press, 1994.

AMADERA, Gustavo Daud. **Acupuntura em psiquiatria.** Disponível em: <<http://www.kiai.med.br/pq/acupq.pdf>> Acesso em: 05 out. 2007.

ANDRADE, Laura; GORENSTEIN, Clarice. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; ZUARDI, A. W. **Escala de avaliação clínica em psicologia e psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

ARAÚJO, S. R. V.; MELLO, M. T.; LEITE, J. R. Transtornos de ansiedade e exercício físico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, 2006.

ATALLAH, Álvaro Nagib. Does acupuncture works? Is there any evidence? **São Paulo Med. J.** vol. 124 nº 3. São Paulo, 2006.

AUTEROCHE, B.; NAVAILH, P.; MARONNAUD, P.; MULLENS, E. **Acupuntura em ginecologia e obstetrícia.** São Paulo: Andrei, 1987.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo, Maria Cecília de Souza (Org.) **Críticas e atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

BARROS, N.F.; ADAMS, J. A pesquisa sobre as terapias alternativas e complementares e enfermagem no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 13, n.3 maio/jun. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 971 de 03 / 05 / 2006.** Dispõe sobre a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no sistema único de saúde. Brasília: ministério da saúde; 2006 (Diário Oficial da união nº 84 de 04/05/2006).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP. Resolução nº 196/96** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080/90** de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/rel10.htm>>. Acesso em: 4 abr. 2008.

BRASIL. Resolução – COFEN 197. 24 de março de 1997. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade c/ou qualificação do profissional de enfermagem. **Diário Oficial da União**. [República Federativa do Brasil] Brasília 24 de março de 1997. nº 56, Seção I, p. 5.830.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & MACHADO DE FREITAS, C. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMEL, Fayad. **Estadísticas médicas y de salud pública**. Editorial Pueblo y Educación: Guantánamo, 1985.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2004.

CARPENTER, J. S; NEAL, J. G. Other complementary and alternative medicine modalities: acupuncture, magnets, reflexology, and homeopathy. **Am J Med**. 2005 Dec 19:118 Suppl 12B:109-17.

COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M. da. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. **Rev. Bras. Psiquiatr**. 2005; 27(2): 146-51.

FILSHIE, Jacqueline; WHITE, Adrian. Uso clínico e evidências a favor da acupuntura nos sistemas médicos. In: FILSHIE, Jacqueline; WHITE, Adrian. (editores). **Acupuntura médica: um enfoque do ponto de vista Ocidental**. São Paulo: Roca, 2002.

FOCKS, Claudia. **Atlas de acupuntura: com seqüência de fotos e ilustrações, textos didáticos e indicações clínicas**. Barueri, SP: Manole, 2005.

FRANCO, Divaldo P. **Seminário Iluminação Interior**. (Federação Espírita do Estado do Ceará – FEEC). Hotel Oásis Atlântico Imperial, Fortaleza, Fev/2008.

GUNN, C. CHAN. Acupuntura e parte periférica do sistema nervoso. In: FILSHIE, Jaqqueline; WHITE, Adrian. (editores). **Acupuntura médica: um enfoque do ponto de vista Ocidental**. São Paulo: Roca, 2002.

HULLEY, Stephen B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JAQUES, Lílian Moreira. As teorias científicas da acupuntura. In: Nascimento, Marilene Cabral do (Org.). **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006.

KAPLAN & SADOCK **Compêndio de psiquiatria: Ciências comportamentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

KOZASA, E. H. A prática da meditação aplicada ao conceito de saúde. **Saúde Coletiva** 2006 Jun-Jul; ano 03(10): 63-66.

LEWITH, George T.; VINCENT, Charles A. Avaliação Clínica da Acupuntura. In: FILSHIE, Jaqqueline; WHITE, Adrian. (editores). **Acupuntura médica: um enfoque do ponto de vista Ocidental**. São Paulo: Roca, 2002.

LUZ, Madel Terezinha. Novas Práticas em Saúde Coletiva. In: Minayo, Maria Cecília de Souza (Org.). **Críticas e atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUZ, Daniel. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: Nascimento, Marilene Cabral do (Org.). **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MACIOCIA, Giovani. **Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas**. São Paulo: Roca, 1996a.

_____. **A prática da medicina chinesa: tratamento de doenças com acupuntura e ervas chinesas**. São Paulo: Roca, 1996b.

MACMILLAN, C. Acupuntura para náusea e vômito. In: FILSHIE, Jaqqueline; WHITE, Adrian. (editores). **Acupuntura médica: um enfoque do ponto de vista Ocidental**. São Paulo: Roca, 2002.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** Rio Gd Sul v. 25 suppl 1 Porto Alegre apr. 2003.

MEDEIROS, M. M. das C.; FERRAZ, M. B. Estudos sobre intervenção terapêutica. **Rev Bras Reumatol**, v. 38, n. 3, Mai/Jun, 1998.

MENDONÇA, E. A. P. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1): 155-166, 2004.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. Escalas de Avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery- Asberg (MADRS). In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psicologia e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 139-144.

NAKANO, Maria Assunta Yamanaka. **Acupuntura em dermatologia e medicina estética**: a pele sobre o ponto de vista energético, espiritual, funcional e orgânico. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2005.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Da panacéia mística à especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. **Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos v. 5 n.1 Rio de Janeiro mar/jun. 1998.

OKADA, D. M; ONISHI, E. T.; CHAMI, F. I.; BORIN, A.; CASSOLA, N.; GUERREIRO, V.M. Acupunture for tinnitus immediate relief. **Rev. Bras. Otorrinolaringol** vol. 72 nº 2. São Paulo, Mar/Apr 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Otawa**, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005, 2002.

OSÓRIO, F. L.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S.R. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. **Rev. Psiquiatr. Clin.** Vol.32 nº 2. São Paulo, 2005.

PALMEIRA, Guido. A Acupuntura no Ocidente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, abr/jun., 1990.

POLIT, Denise F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes, 1995.

PORTELA, N. F. Fundamentos de psiquiatria e saúde mental. São Paulo: Atheneu, 1996.

PORZIO, G.; TRAPASSO, T.; MARTELLI, S.; SALUSTI, F. *et al.* Acupuncture in the treatment of menopause-related symptoms in women taking tamoxifen. **Tumori**. 2002 Mar-Apr: 88(2):128-30.

POSSATTI, I. C.; DIAS, M. R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem estar psicológico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 2002.

RAMOS, Mariana. **Acupuntura na atenção básica (programa de saúde da família)**: novos rumos para a política de saúde de sobral. Monografia apresentada ao curso de especialização em terapias tradicionais chinesas da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, 2006.

RAMPEL, Hagen. Reações adversas à acupuntura. In: FILSHIE, Jacqueline; WHITE, Adrian. (editores). **Acupuntura médica**: um enfoque do ponto de vista Ocidental. São Paulo: Roca, 2002.

RIBEIRO, Maria Celina da Piedade. A utilização das terapias complementares de saúde associadas à terapia convencional, por pacientes portadores de patologias oncológicas e onco-hematológicas: São Paulo, **REEUSP**, s. n.; 2002. 84 p. tab.

ROSS, Jeremy. **Zang Fu**: sistemas de órgão e vísceras da medicina tradicional chinesa: funções, inter-relações e padrões de desarmonia na teoria e na prática. São Paulo: Roca, 1994.

_____. **Combinação dos pontos de acupuntura**: a chave para o êxito clínico. São Paulo: Roca, 2003.

SARAIVA, KVO; COSTA, LB; XIMENES, LB. Práticas de enfermagem com terapias alternativas em adolescentes. **Texto Contexto em Enfermagem** 2003, Abr-Jun.; 12(2): 151-7.

SCOGNAMILLO-SZABÓ, M. V. R; BECHARA, G. H. Acupuntura: Bases científicas e aplicações. **Ciência Rural**, Santa Maria, v. 31, n. 6, Nov/Dez. 2001.

SOARES, K. V. S.; CASTRO, A. A. Projeto de pesquisa para ensaios clínicos randomizados. In: ATALLAH, N. A.; CASTRO, A. A. **Medicina baseada em evidências**: fundamentos da pesquisa clínica. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.

SOOD, A.; SOOD, R.; BAUER, B. A.; EBBERT, J. O. Cochrane systematic reviews in acupuncture: methodological diversity in database searching. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 11, n° 4, aug 2005, pp. 719-722.

SOUZA, Ângela Maria Alves e. **Grupo terapêutico**: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental a mulheres com transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2004.

SOUZA, Adriano Rodrigues. **Centro de Atenção Psicossocial**: perfil epidemiológico dos usuários. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

STEPKE, Fernando Lolas. Las ciencias sociales como discurso de la salud reproductiva. El exemplo de climatério feminino. **Cad. Saúde Pública**. vol.14, Rio de Janeiro: 1998.

SVOBODA, Robert e LADIE, Arnie. **Tao e Dharma**: medicina chinesa e ayurveda. 3. ed. São Paulo: Pensamento, 2000.

TROVO, Mônica Martins; SILVA, Maria Júlia Paes da; leão, Elisabeth Ribeiro. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enfermagem**; 11 (4); 483-489, jul-ago., 2003.

UNESCO, Ministério da Saúde, Brasília: 2002.

USICHENKO, T. I.; HERMSEN, M.; WITSTRUCK, T.; HOFER, A. *et al.* Acupuntura auricular para el alivio del dolor después de una artroscopia de rodilla ambulatoria: un estudio piloto. **Digitalis**, n. 11, Jun., 2007.

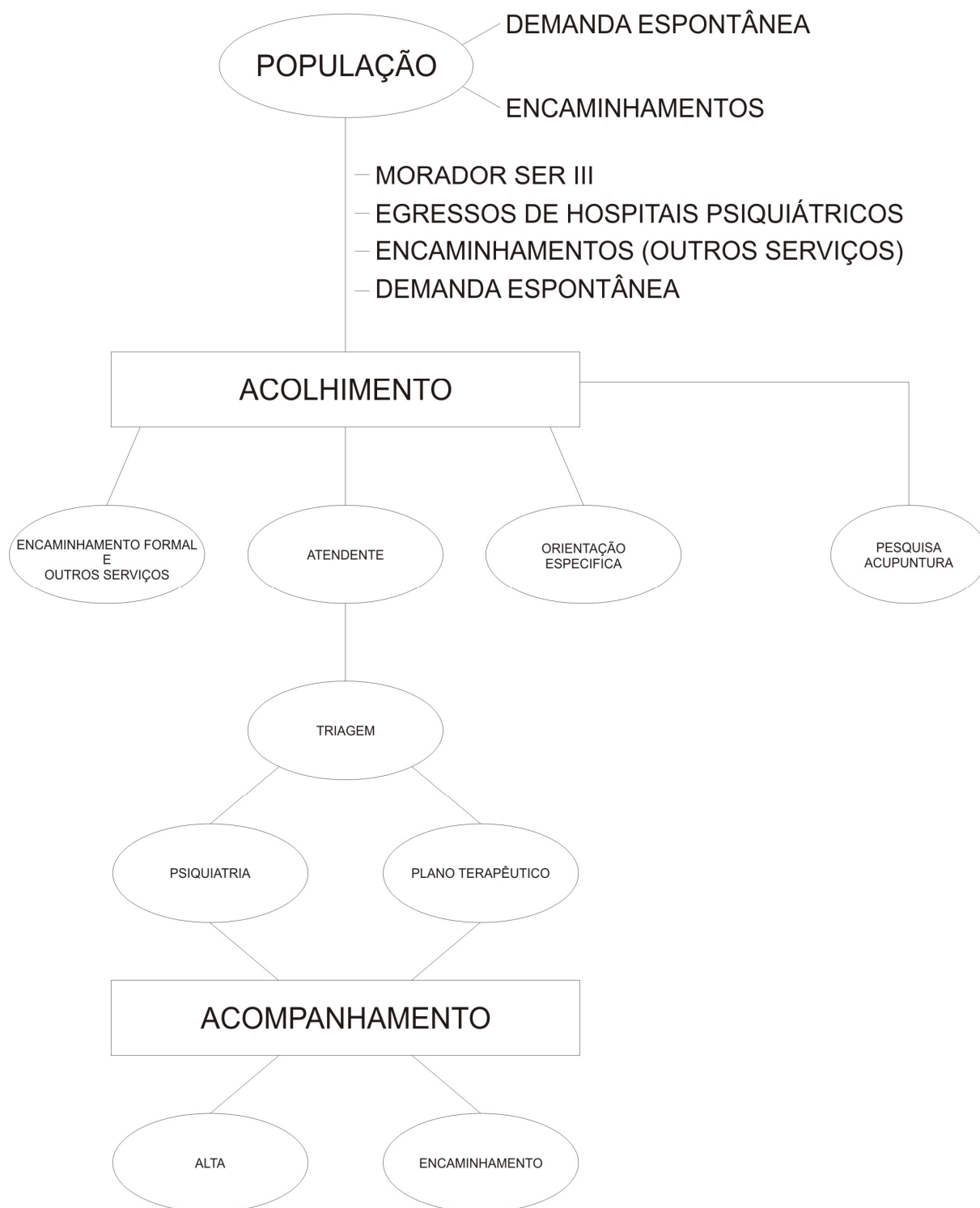
VARANDA, Paulo César. **Protocolo de estresse e tensão do Mestre Liu Chih Ming**, (notas de aula do Curso de Terapias Tradicionais Chinesas – UECE), Fortaleza, 2005.

YAMAMURA, Ysao. **Acupuntura Tradicional: a arte de inserir**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Roca, 2001.

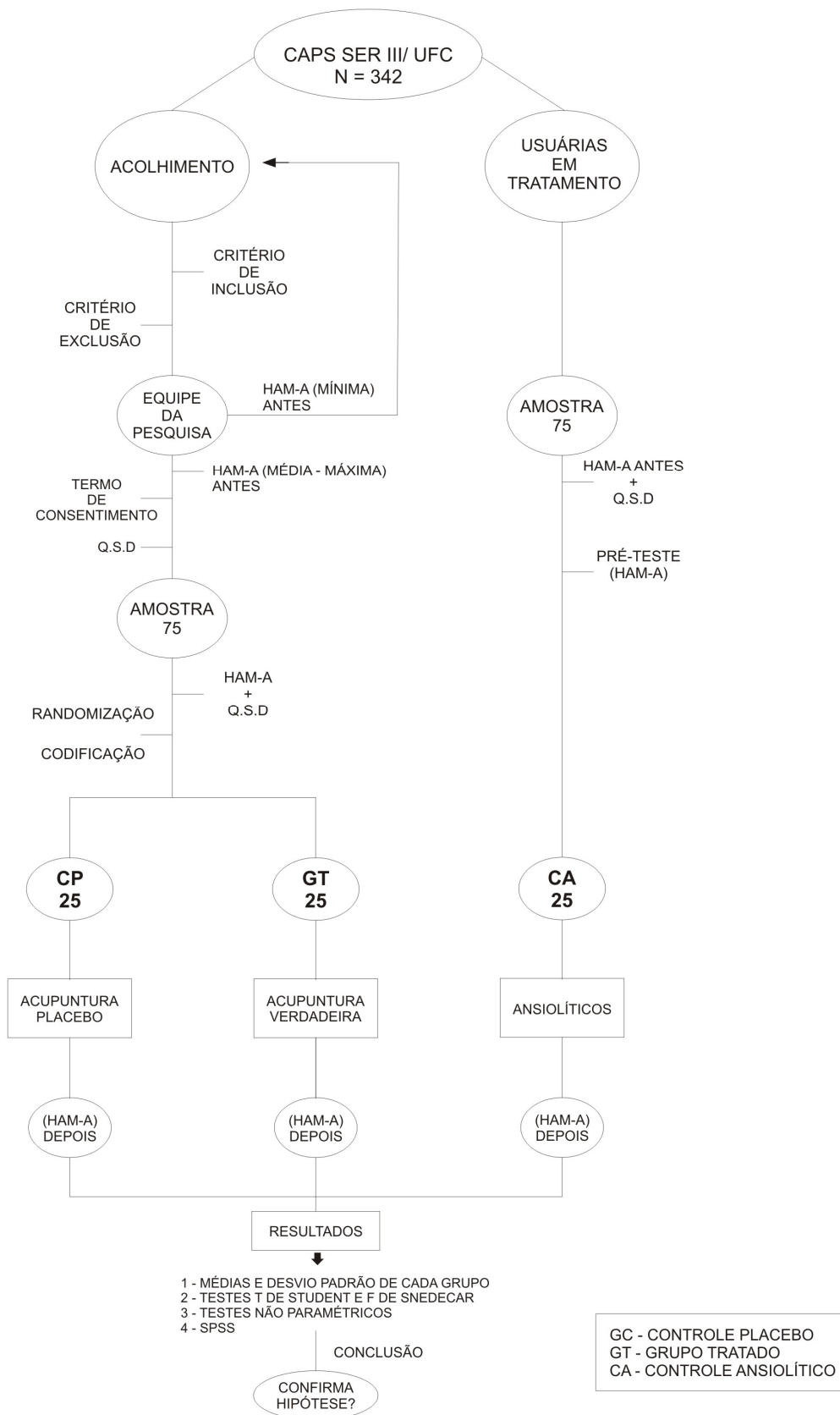
WINK, Solange. Acupuntura: uma tecnologia para a enfermagem. **Rev. Paul Enf** 2006; 25(3); 177-82.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Fluxograma de atendimento CAPS III



APÊNDICE B – Fluxograma da pesquisa



APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Áthila Campos Girão, estou desenvolvendo a pesquisa com o título: **Acupuntura em mulheres:** terapêutica complementar na promoção da saúde mental. Este estudo quer saber se a acupuntura pode ter benefícios no tratamento das mulheres com sintomas do climatério/menopausa em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Pretendemos com este estudo contribuir na melhora da qualidade de vida das mulheres nesta fase da vida.

Necessito de sua colaboração para a realização desta pesquisa. Você será entrevistada e responderá algumas perguntas para sabermos seu nível de ansiedade. Se sua ansiedade for de **baixo nível**, você retornará aos profissionais do CAPS para encaminhá-la a outros tratamentos. Se sua ansiedade for de **médio a alto nível**, poderá participar da pesquisa e, caso aceite, responderá um questionário com itens sobre sua data de nascimento, endereço, tipo de moradia, estado civil, entre outros. Após, agendaremos para você receber sessões de acupuntura, uma forma de tratamento que consiste na colocação de agulhas próprias na pele, com pouca profundidade, por um período de 03 (três) meses, uma vez por semana, no período da tarde, com duração de 40 minutos. Informo ainda que:

- Serão realizadas aplicações de agulhas de acupuntura em pontos específicos do seu corpo (braço, rosto, barriga, pernas e pés), para amenizar as queixas relatadas relacionadas ao climatério/menopausa;
- Este é um tratamento de risco mínimo, que poderá ter como efeitos colaterais coceira, formigamento, equimoses, dor de pequena intensidade em alguns pontos ou pequenos choques. Na eventualidade de ocorrerem complicações mais sérias, apesar de raras do tipo alergias, hematomas, infecção, sua participação será interrompida e você será encaminhada para tratamento no CAPS ou encaminhada a outro serviço vinculado para seu restabelecimento;
- Será garantido o sigilo e o anonimato quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas. Não divulgaremos seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo;

- Você poderá ser escolhida para fazer parte de um grupo constituído de 25 pessoas que receberão acupuntura tradicional, ou para um grupo de 25 pessoas que receberá acupuntura que tem um efeito menor e esses dois grupos serão comparados com um terceiro grupo que já é tratado com remédios para ansiedade. No final do estudo, se quiser, você poderá saber qual dos dois grupos de acupuntura participou, bem como dos resultados, após avaliação de todos os dados das pessoas que participaram;
- Caso aceite participar, você não terá nenhuma despesa extra e terá garantido transporte de ida e volta até o local do tratamento, na forma de vale-transporte;
- Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento;
- Sua colaboração poderá trazer benefícios para redução ou desaparecimento de seus sintomas, bem como ajudar com que a acupuntura seja instituída no serviço público de Saúde Mental;
- Em caso de dúvidas favor entrar em contato com o pesquisador Áthila Campos Girão, residente na rua: Manuel Jesuíno, 782, Bairro Varjota, telefone: 3267.3455 / 3227.6868 ou pelo celular 9969.5661 ou com o COMEPE neste telefone 3366.8338.
- Esperamos contar com sua colaboração e desde já agradecemos.

Eu..., declaro que tomei conhecimento do estudo sobre: **Acupuntura em mulheres:** terapêutica complementar na promoção da saúde mental, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, de

de 2007

Assinatura do participante

Assinatura do responsável legal

Assinatura da testemunha (se aplicável)

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

LISTA DAS PARTICIPANTES POR CODIFICAÇÃO

Código: _____
Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP _____
Telefone: _____
e-mail: _____
Observações: _____

Código: _____
Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP _____
Telefone: _____
e-mail: _____
Observações: _____

APÊNDICE E



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO PRÉ-TESTE

- 1) Nome:
- 2) Código: 3) TCP-ANTES:
- 3) Idade: 1. 35-40a 2. 41- 60a 3. 51-60a ()
- 4) Estado civil: 1. Solteira 2. Casada 3. Divorciada 4. Consensual 5. Viúva ()
- 5) Nº filhos: 1. 1-2 () 2. 3-4 () 3. 5 ou mais ()
- 6) Escolaridade: 1. s/escolaridade 2. 1º grau 3. 2º grau 4. Superior
5. Pós-graduação ()
- 7) Renda familiar: 1. 1-2 s.m. 2. 3- 5 s.m. 3. 6-10 s.m. ()
- 8) Residência: 1. própria 2. alugada ()
- 9) Saneamento básico: 1. sim 2. não ()
- 10) Situação financeira: 1. estável 2. instável ()
- 11) Vida profissional: 1. satisfatória 2. insatisfatória ()
- 12) Relacionamento conjugal: 1. estável 2. instável ()
- 13) Relacionamento familiar: 1. estável 2. instável ()
- 14) Infância: 1. estável 2. instável ()
- 15) Puberdade: 1. estável 2. instável ()



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

ROTEIRO DE ENTREVISTA PRÉ-TESTE

Título: Acupuntura em mulheres: terapêutica complementar na promoção da saúde mental.

OBJETIVOS: Estudo com o objetivo geral de avaliar a acupuntura como terapêutica complementar em mulheres em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e específicos: identificar o grau de ansiedade das mulheres selecionadas antes e depois da aplicação da acupuntura (1) e relacionar o grau de ansiedade com fatores sócio-demográficos(2).

Pretendemos com este estudo contribuir na melhora da qualidade de vida das mulheres nesta fase da vida. Segue em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Roteiro proposto em Souza (2004) adaptado da Escala de Ansiedade Hamilton (HAMA), o questionário sócio-demográfico, Teste de Confiabilidade do Placebo e os fluxogramas da pesquisa.

PASSO 1: Acolhida

- Apresentar as pesquisadoras;
- Enfatizar a importância da participação na pesquisa como contribuição para o serviço do CAPS.

PASSO 2: Leitura e subscrição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- Caso não concorde com os termos e desista da participação, VÁ AO PASSO 5.

PASSO 3: Verificação da intensidade da HAMA-ANTES

- Atentar para a classificação da tabela a seguir:

ESCORE	INTENSIDADE
0-75	LEVE
76-150	MEDIA
151-225	FORTE
226-304	MÁXIMA

- Se HAMA-ANTES LEVE, VÁ AO **PASSO 5**;
- Se HAMA-ANTES MÉDIA à MÁXIMA, VÁ AO **PASSO 4**.

PASSO 4: Preenchimento do Questionário sócio-demográfico (QSD)

PASSO 5: Retorno à porta de entrada do CAPS

- Se houve discordância no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou HAMA-ANTES com intensidade LEVE, a cliente será reconduzida aos profissionais do CAPS e reorientada a outros serviços e/ou abordagens disponíveis (VER Fluxograma de atendimento CAPS/SERIII/UFC).

PASSO 6: Randomização aleatória simples

- A randomização aleatória simples consiste na alocação das mulheres por meio de papeletes codificados com o número e as iniciais dos grupos, os quais, postos em um envelope, serão misturados aleatoriamente pela pesquisadora e retirados na ordem de chegada das mesmas.
- Os papeletes serão codificados da seguinte forma: GV para acupuntura verdadeira e GP para acupuntura mínima (placebo) na numeração de 1-25. Ex: GV1... GV25 e GP1 -... GP25.

PASSO 7 : Teste de Confiabilidade do Placebo (TCP-ANTES)

- Cada participante deverá ter seu escore que ao final será somado gerando a variável TCPO-ANTES no valor de 0-5. Ex: TCP-ANTES(GV1...GV25) e/ou TCP-ANTES(GP1...GP25);
- Esta variável deverá ser inclusa no item 3 do formulário QSD;
- Usar a classificação abaixo para este teste:

ESCORE	RESPOSTA
0	Não sabe
1	Discorda completamente
2	Discorda parcialmente
3	Concorda parcialmente
4	Concorda completamente

- Fazer estas duas perguntas e classificar segundo a tabela acima:
 1. Até que ponto este tratamento lhe dá certeza que pode aliviar suas queixas?

2. Até que ponto este tratamento é compreensível para você? (ou seja, Você entende como agulhas colocadas em pontos do corpo pode tratar suas queixas?)

- TCP-ANTES geral será o somatório das TCP-ANTES individuais.

PASSO 8: Agendamento das sessões de acupuntura

- Os procedimentos serão realizados às segundas e sextas-feiras, das 14 até às 17h, com duração de 30-40 minutos;
- Não é necessário fechar o grupo para agendar;
- Encaminhar a cliente com nome e codificação;
- Como depende da demanda, os grupos (GV e GP) poderão receber acupuntura nos mesmos dias e horários.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Mulheres	Terapia medicamentosa com acompanhamento regular nos diversos CAPS
Faixa etária de 35-60 anos	Doenças auto-imunes, congênitas e mental graves
Queixas difusas relacionadas à fisiopatologia do climatério	Gestantes
Consentimento livre e esclarecido	Mulheres de constituição frágil (desnutridas, baixo peso, desvitalizadas)
Escore de HAMA-ANTES indicando ansiedade de MÉDIA a MÁXIMA	Escore de HAMA-ANTES indicando ansiedade LEVE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO (PÓS-TESTE)

1) Nome:

2) Código:

3) TCP-DEPOIS:

1. Uso de Abordagens Terapêuticas durante o tratamento com acupuntura.

Asinalar 1. Sim 2. Não

27) Uso de medicamento controlado :()

28) Classe de medicamento:

1. Benzodiazepínico () 2. Antidepressivos ()
3. Antipsicótico () 4. Fitoterápicos () Qual(is) _____
5. Outros _____ ()

29) Quanto à freqüência e a posologia:

Houve redução do uso? ()

Houve aumento do uso ? ()

29) Outras abordagens terapêuticas:

1. Psicoterapia () 2. Terapia comunitária () 3. Terapia grupal ()
4. Massoterapia () 5. Terapias florais () 6. Terapias físicas (caminhada,
ex.aeróbicos, yoga, tai chi) () 7. Terapias mentais
(visualização criativa, meditação)() 8. Terapia ocupacional ()
9. Outras ()

30) Reações

Assinalar 1. durante a sessão

2. logo após a sessão

3. na semana após a sessão

1. formigamento () 2. dor () 3. peso () 4. choque () 5. relaxamento () 6. tensão () 7. mal estar () 8. tontura () 9. cefaléia () 10. angústia () 11. irritabilidade () 12. sensação de estar flutuando () 13. prurido () 14. hiperemia () 15. equimoses () 16. sono () 17. piora dos sintomas 18. outras () _____

31) Com relação aos sintomas do climatério/menopausa relatados no pré-teste:

Assinalar 1. Sim 2. Não

1. Houve melhora ()
2. Houve piora ()
3. Indiferente ()
4. Outros () _____



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PÓS-TESTE

Título: Acupuntura em mulheres: terapêutica complementar na promoção da saúde mental.

OBJETIVOS: Estudo com o objetivo geral de avaliar a acupuntura como terapêutica complementar em mulheres em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e específicos: identificar o grau de ansiedade das mulheres selecionadas antes e depois da aplicação da acupuntura (1)e relacionar o grau de ansiedade com fatores sócio-demográficos(2).

PASSO 1: Acolhida

- Apresentar as pesquisadoras;
- Enfatizar a importância da participação na pesquisa como contribuição para o serviço do CAPS;
- Complementação do Questionário sócio-demográfico do Pós-teste(QSD-DEPOIS).

PASSO 2: Verificação da intensidade da HAMA-DEPOIS

- Atentar para a classificação da tabela abaixo:

ESCORE	INTENSIDADE
0-75	LEVE
76-150	MEDIA
151-225	FORTE
226-304	MÁXIMA

PASSO 5: Retorno à porta de entrada do CAPS

- Se houve discordância no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou HAMA-ANTES com intensidade LEVE, a cliente será reconduzida aos

profissionais do CAPS e reorientada a outros serviços e/ou abordagens disponíveis (VER Fluxograma de atendimento CAPS/SERIII/UFC).

PASSO 7 : Teste de Confiabilidade do Placebo do pós-teste (TCP-DEPOIS)

- Cada participante deverá ter seu escore que ao final será somado gerando a variável TCPO-DEPOIS no valor de 0-5. Ex: TCP-DEPOIS(GT1...GT25) e/ou TCP-DEPOIS(CP1...CP25);
- Esta variável deverá ser incluída no item 3 do formulário QSD-DEPOIS;
- Usar a classificação abaixo para este teste:

ESCORE	RESPOSTA
0	Não sabe
1	Discorda completamente
2	Discorda parcialmente
3	Concorda parcialmente
4	Concorda completamente

- Fazer estas duas perguntas e classificar segundo a tabela acima:
3. Você acha este tratamento capaz de aliviar outras queixas suas?
 4. Você recomendaria este tratamento a amigas que passou por queixas semelhantes?
- TCP-DEPOIS geral será o somatório das TCP-DEPOIS individuais.

PASSO 8: Fechamento

- Comunicar às clientes sobre o recebimento de carta explicativa sobre os resultados da pesquisa;
- Oferecer as terapêuticas do projeto 4 Varas como forma de prosseguimento do tratamento;
- Encaminhar ao pesquisador acupunturista para possíveis esclarecimentos.

APÊNDICE G

LISTA DE VARIÁVEIS SPSS

SÓCIO-DEMOGRÁFICO

- 1) ID (identidade): 1. Grupo placebo; 2. Grupo acp verdadeiro 3. Grupo medicamento
- 2) Idade: dado contínuo
(1. 35-40a 2. 41- 60a 3. 51-60)
- 3) RELIG (Religião): 1. Católica; 2. Evangélica
- 4) OCUPAÇÃO: 1. Do lar; 2. Serviços gerais; 3. Autônoma
- 5) EST_CIVIL (Estado civil): 1. Solteira 2. Casada 3. Divorciada 4. Consensual
5.viúva
- 6) N_FILHOS: 1. 1-2 ; 2. 3-4 ; 3. 5 ou mais
- 7) ESCOLAR (Escolaridade): 1. s/escolaridade 2. 1ºgrau 3. 2º grau 4. Superior
5. Pós-graduação
- 8) R_FAM (Renda familiar): 1. 1-2 s.m. 2. 3- 5 s.m. 3. 6-10 s.m.
- 9) RESID (Residência): 1. alugada 2. propria
- 10) S_BAS (Saneamento básico): 1. Não 2. Sim
- 10) S_FIN (Situação financeira): 1. instável 2. estável
- 11) V_PROFISSIONAL (Vida profissional): 1. Insatisfatória 2. satisfatória
- 12) R_CONJ (Relacionamento conjugal): 1. instável 2. estável
- 13) R_FAM (Relacionamento familiar): 1. instável 2. estável
- 14) INFÂNCIA: 1. instável 2. estável
- 15) PUBERDADE: 1. instável 2. estável

DOENÇAS PREGRESSAS: VARIÁVEIS: 1. Não 2. Sim

- 16) SEDENT (Sedentarismo)
- 22) ÁLCOOL (Alcoolismo)

- 17) DIABETES
 18) D_CARDIO (Doenças cardiovasculares)
 19) D_RESP (Doenças respiratórias)
 20) D_C_DEG (Doença crônico-degenerativa)
 21) TABAG (Tabagismo) climatério/menopausa)
- 23) DEP_QUIM (dependências químicas)
 24) TRAUMA (Trauma/choque emocional)
 25) CIR_PREV (Cirurgia prévia)
 26) S_MENOP (Sintomas de menopausa)

MEDICAMENTOS

- 27) MEDIC_ANTES (Medicamento antes da acupuntura):
 28) MEDIC_DEPOIS (medicamento após a acupuntura):
 1. Benzodiazepínico; 2. Antidepressivos; 3. Antipsicótico; 4. Fitoterápicos;
 5. Outros
 29) POSOLOGIA 0. Indiferente; 1. Redução; 2. Aumento do uso

OUTRAS ABORDAGENS ALTERNATIVAS

- 30) TERAP_ANTES (Terapias antes da acupuntura)
 31) TERAP_DEPOIS (Terapias durante/depois da acupuntura)
 1. Psicoterapia ; 2. Terapia comunitária ; 3. Terapia grupal; 4. Massoterapia;
 5. Terapias florais; 6. Terapias físicas (caminhada, ex.aeróbicos, yoga, tai chi);
 7. Terapias mentais (visualização criativa, meditação); 8. Terapia ocupacional;
 9. Outras

REAÇÕES À ACUPUNTURA

1. durante a sessão; 2. logo após a sessão; 3. na semana após a sessão
 32) FORMIGAMENTO; 33.DOR; 34. PESO; 35. CHOQUE 36. RELAXAMENTO
 37. TENSÃO; 38. MALESTAR; 39. TONTURA; 40. CEFALÉIA ; 41. ANGÚSTIA ;
 42. IRRITABILIDADE; 43. FLUT (SENSACÃO DE ESTAR FLUTUANDO)
 44. PRURIDO; 45. HIPEREMIA; 46. EQUIMOSSES;

47. SONO (); 48. PIORA DOS SINTOMAS 49. OUTRAS

SINTOMAS DO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA 0. Indiferente; 1. Não; 2. Sim

49. MELHORA_MENO

50. PIORA_MENO

ESCALA DE ANSIEDADE

51 HAMA_ANTES

52. HAMA_DEPOIS

53. TCP_ANTES

54. TCP_DEPOIS

55. DURACAO

56. FREQUENCIA

ANEXOS

ANEXO A



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 1141/07

Fortaleza, 17 de dezembro de 2007

Protocolo COMEPE n° 106/ 07

Pesquisador responsável: Áthila Campos Girão

Deptº./Serviço: Centro de Atenção Psicossocial SER III

Título do Projeto: "Acupuntura em mulheres: terapêutica complementar na promoção da saúde mental"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 24 de maio de 2007.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO B

DATA	NOME DO PROFISSIONAL	HORA DA CONSULTA

DATA	NOME DO PROFISSIONAL	HORA DA CONSULTA

DATA	NOME DO PROFISSIONAL	HORA DA CONSULTA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS SER III/HUWC/UFC
Rua Capitão Francisco Pedro, 1259 - Rodolfo Teófilo
FONE: (085)3433 2568 - Fortaleza - Ce



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE _____

Nº DO PRONTUÁRIO _____

Conserve bem este cartão, apresente-o em cada atendimento

 Fortaleza  

ANEXO C

ESCALA DE ANXIETY SCALE DE HAMILTON
Hamilton Anxiety Scale - HAM-A (Hamilton, 1959)

INSTRUÇÕES: Escolha para cada item, segundo sua experiência, a nota que corresponde à intensidade do comportamento observado. As definições que acompanham o enunciado do item são exemplos para orientação. Todos os itens devem ser cotados seguindo o esquema:

- 0 = AUSENTE
1 = INTENSIDADE LEVE
2 = INTENSIDADE MÉDIA
3 = INTENSIDADE FORTE
4 = INTENSIDADE MÁXIMA

1. HUMOR ANSIOSO ()
Inquietação, temor do pior, apreensão quanto ao presente ou ao futuro, maus pressentimentos, irritabilidade, etc.
 2. TENSÃO ()
Sensação de tensão, fadiga, reações de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de cansaço, incapacidade de relaxar e agitação.
 3. MEDOS ()
De escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, do trânsito, de multidões, etc.
 4. INSÔNIA ()
Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno, etc.
 5. DIFICULDADES INTELLECTUAIS ()
Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.
 6. HUMOR DEPRIMIDO ()
Perda de interesse, oscilação do humor, depressão, despertar precoce, etc.
 7. SOMATIZAÇÕES MOTORAS ()
Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.
- TOTAL PARCIAL ()
8. SOMATIZAÇÕES SENSORIAIS ()
Ondas de frio ou calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamento, sensações auditivas de ruído, zumbidos, etc.
 9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES ()
Taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, etc.
 10. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS ()
Pressão ou constrição no peito, dispnéia, respiração suspirosa, sensação de sufocação, etc.
 11. SINTOMAS GASTROINTESTINAIS ()
Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós-prandial, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, sensação de vazio gástrico, diarreia ou constipação e cólicas.
 12. SINTOMAS GENITURINÁRIOS ()
Polaciúria, urgência de micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, ereção incompleta, impotência, diminuição da libido, etc.
 13. SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS ()
Boca seca, palidez, ruborização, tendência à sudoração, tonturas, cefaléia de tensão, etc.
 14. COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA ()
Geral: tenso, pouco à vontade, inquieto, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa e face tensa. Fisiológico: engolir a saliva, enuctações, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, etc.
- TOTAL GERAL ()

Idade:

Semestre:

() Fem () Mas
Data:

Roteiro de Entrevista para a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

Nome fictício da participante : _____

N.º do prontuário : _____ Data: ____ / ____ / ____

0= ausência;	1= intensidade ligeira;	2= intensidade média;	3= intensidade forte;	4= intensidade máxima (incapacitante)
--------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------------------------

Características apresentadas	Escores				Resultados	
HUMOR ANSIOSO	0	1	2	3	4	1
1 Você tem sentido inquietação?						
2 Você tem sentido temor do pior?	0	1	2	3	4	2
3 Você tem sentido apreensão quanto ao presente ou futuro? (maus pressentimentos)	0	1	2	3	4	3
4 Você tem sentido irritabilidade?	0	1	2	3	4	4
TENSÃO	0	1	2	3	4	5
5 Você tem tido sensação de tensão?						
6 Você tem sentido fadiga?	0	1	2	3	4	6
7 Você tem apresentado tremores ?	0	1	2	3	4	7
8 Você tem apresentado choro fácil?	0	1	2	3	4	8
9 Você tem apresentado incapacidade de relaxar?	0	1	2	3	4	9
10 Você tem apresentado agitação?	0	1	2	3	4	10
11 Você tem apresentado reações de sobressalto?	0	1	2	3	4	11
MEDOS	0	1	2	3	4	12
12 Você tem medo de escuro?						
13 Você tem medo de desconhecidos?	0	1	2	3	4	13
14 Você tem medo de multidão?	0	1	2	3	4	14
15 Você tem medo de ficar só?	0	1	2	3	4	15
16 Você tem medo de animais de grande porte ?	0	1	2	3	4	16
17 Você tem medo de trânsito?	0	1	2	3	4	17
INSÔNIA	0	1	2	3	4	18
18 Você tem sentido dificuldade de adormecer?						
19 Você tem sonhos penosos?	0	1	2	3	4	19
20 Você tem sono interrompido?	0	1	2	3	4	20
21 Você tem sono insatisfatório?	0	1	2	3	4	21
22 Você tem sentido fadiga ao acordar?	0	1	2	3	4	22
23 Você tem tido pesadelos?	0	1	2	3	4	23
24 Você tem apresentado terror noturno?	0	1	2	3	4	24
DIFICULDADES INTELECTUAIS	0	1	2	3	4	25
25 Você tem dificuldade de concentração?						
26 Você tem falhas de memória?	0	1	2	3	4	26
HUMOR DEPRIMIDO	0	1	2	3	4	27
27 Você tem perda de interesses?						
28 Você tem apresentado oscilação do humor ?	0	1	2	3	4	28
29 Você tem sentido indiferença em relação às atividades de	0	1	2	3	4	29

rotina?						
30 Você tem despertado precocemente?	0	1	2	3	4	30
31 Você tem sentido depressão?	0	1	2	3	4	31
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES)	0	1	2	3	4	32
32 Você tem sentido dores musculares ?						
33 Lassião muscular/ Você tem sentido dificuldade ou lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras?	0	1	2	3	4	33
34 Você tem apresentado rigidez muscular?	0	1	2	3	4	34
35 Você tem apresentado ranger de dentes?	0	1	2	3	4	35
36 Você apresenta voz insegura?	0	1	2	3	4	36
TOTAL PARCIAL						
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS)	0	1	2	3	4	37
37 Você tem apresentado visão turva?						
38 Você apresenta ondas de calor ou frio?	0	1	2	3	4	38
39 Você tem apresentado sensação de fraqueza?	0	1	2	3	4	39
40 Você tem apresentado sensação de picada?	0	1	2	3	4	40
41 Você tem escutado ruídos, zumbidos?	0	1	2	3	4	41
SINTOMAS CARDIOVASCULARES	0	1	2	3	4	42
42 Você tem sentido taquicardia?						
43 Você tem sentido palpitações?	0	1	2	3	4	43
44 Você tem sentido dores no peito?	0	1	2	3	4	44
45 Você tem sentido dor pré-cordial?	0	1	2	3	4	45
46 Você tem sentido pulsações arteriais?	0	1	2	3	4	46
47 Você tem sentido ameaça de sensação de desmaio?	0	1	2	3	4	47
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	0	1	2	3	4	48
48 Você tem tido sensação de pressão no peito?						
49 Você tem sentido dificuldade de respirar(dispnéia)?	0	1	2	3	4	49
50 Você tem sentido constrição torácica?	0	1	2	3	4	50
51 Você tem apresentado respiração suspirosa?	0	1	2	3	4	51
52 Você tem tido sensação de sufocação?	0	1	2	3	4	52
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS	0	1	2	3	4	53
53 Você tem sentido dificuldade de engolir?						
54 Você tem sentido aerofagia?	0	1	2	3	4	54
55 Você tem sentido dispepsia?	0	1	2	3	4	55
56 Você tem sentido dor pré ou pós-prandial?	0	1	2	3	4	56
57 Você tem sentido queimações?	0	1	2	3	4	57
58 Você tem tido sensação de plenitude?	0	1	2	3	4	58
59 Você tem sentido náuseas?	0	1	2	3	4	59
60 Você tem apresentado vômitos?	0	1	2	3	4	60
61 Você tem sentido cólicas ?	0	1	2	3	4	61
62 Você tem apresentado diarreia?	0	1	2	3	4	62
63 Você tem tido constipação?	0	1	2	3	4	63
64 Você tem apresentado perda de peso?	0	1	2	3	4	64
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS	0	1	2	3	4	65
65 Você tem apresentado micções freqüentes?						
66 Você tem apresentado urgência de micção?	0	1	2	3	4	66
67 Você apresenta frigidez?	0	1	2	3	4	67

ANEXO D

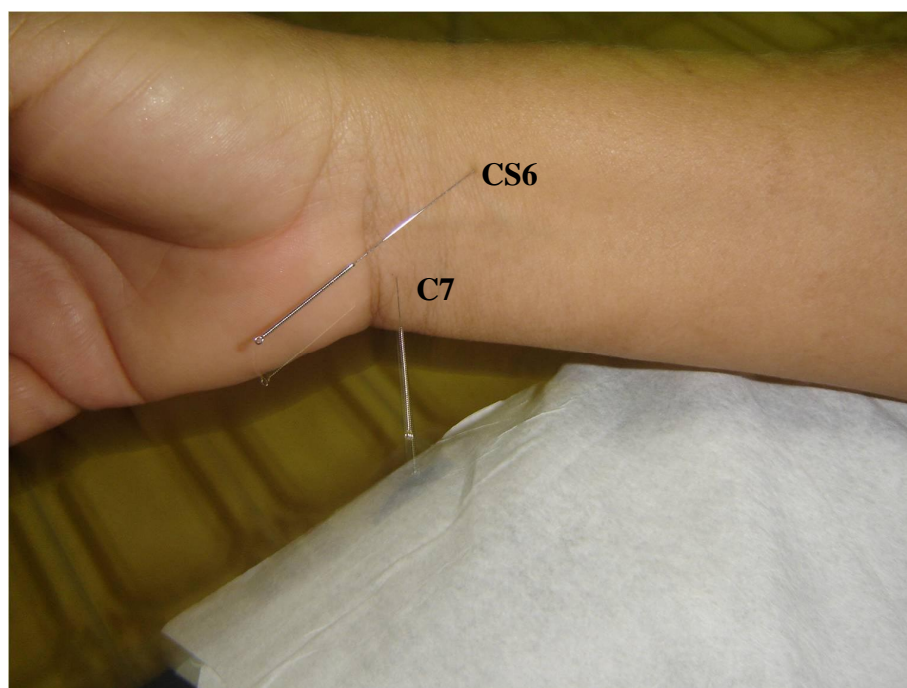


Figura 4 – Acupuntura Placebo - CP (CS6, NEIGUAN; C7, SHENMEN)

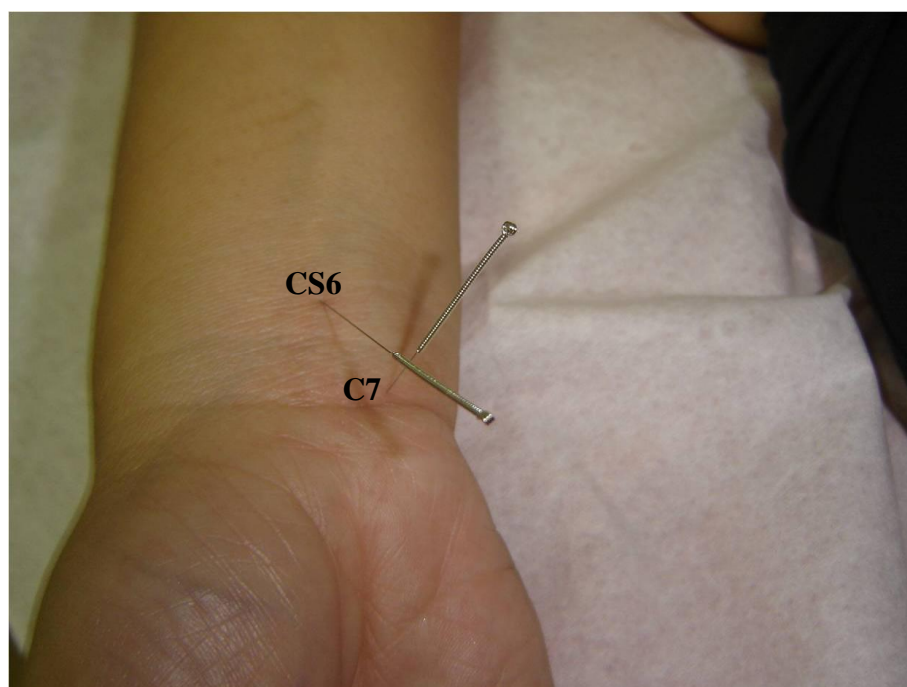


Figura 5 – Acupuntura Verdadeira-GT (CS6, NEIGUAN; C7, SHENMEN)

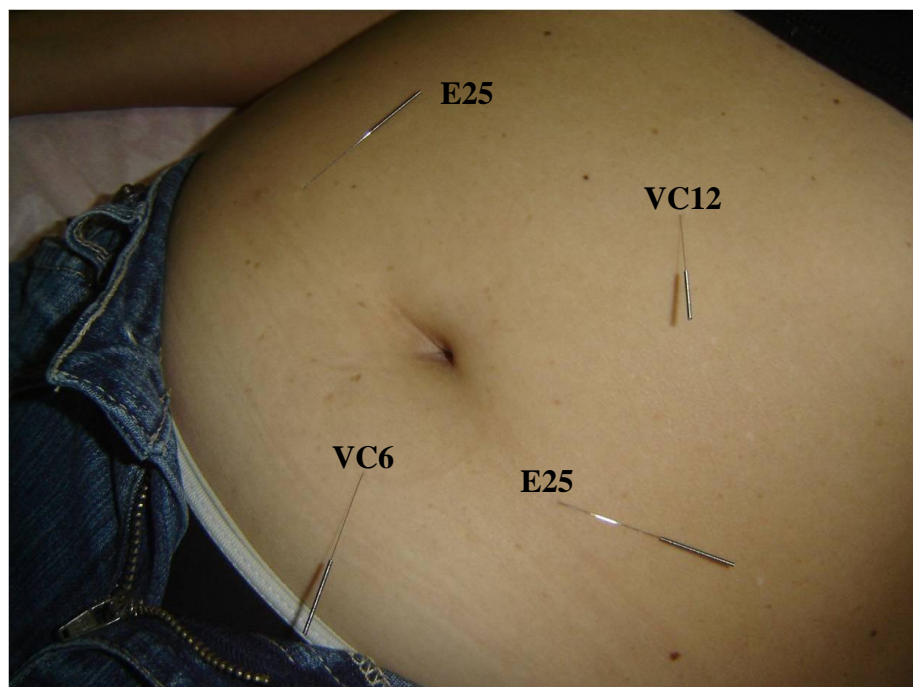


Figura 6 – Acupuntura Placebo-CP (E25, *TIANSHU*; VC6, *QIHAI*; VC12, *ZHONGWAN*)

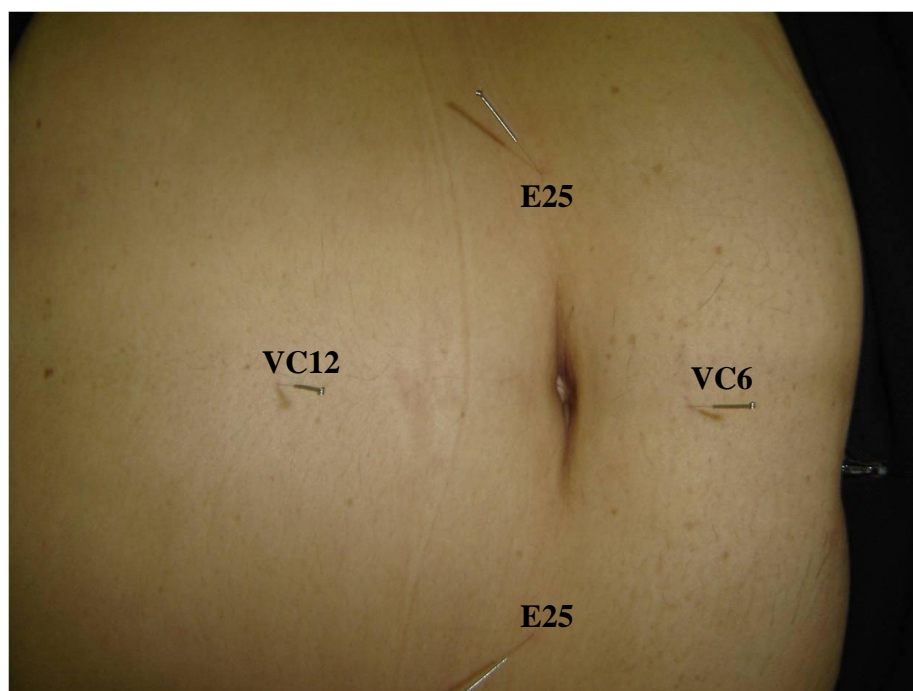


Figura 7 – Acupuntura Verdadeira-GT (E25, *TIANSHU*; VC6, *QIHAI*; VC12, *ZHONGWAN*)



Figura 8 – Reação à Acupuntura (Equimose)



Figura 9 - Reação à Acupuntura (Eritema)

ANEXO E

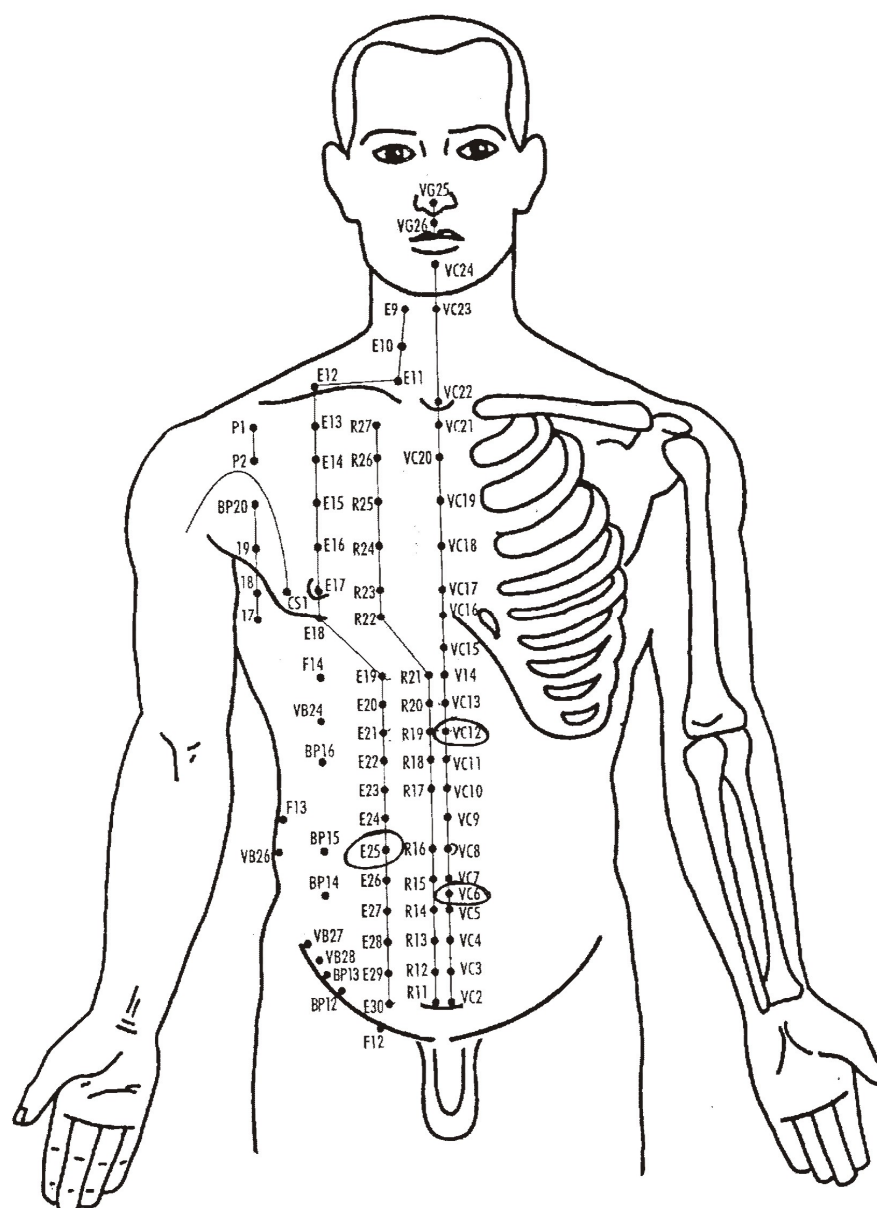


Figura 10 – Acupontos do protocolo (E25, *TIANSHU*; VC6, *QIHAI*; VC12, *ZHONGWAN*)

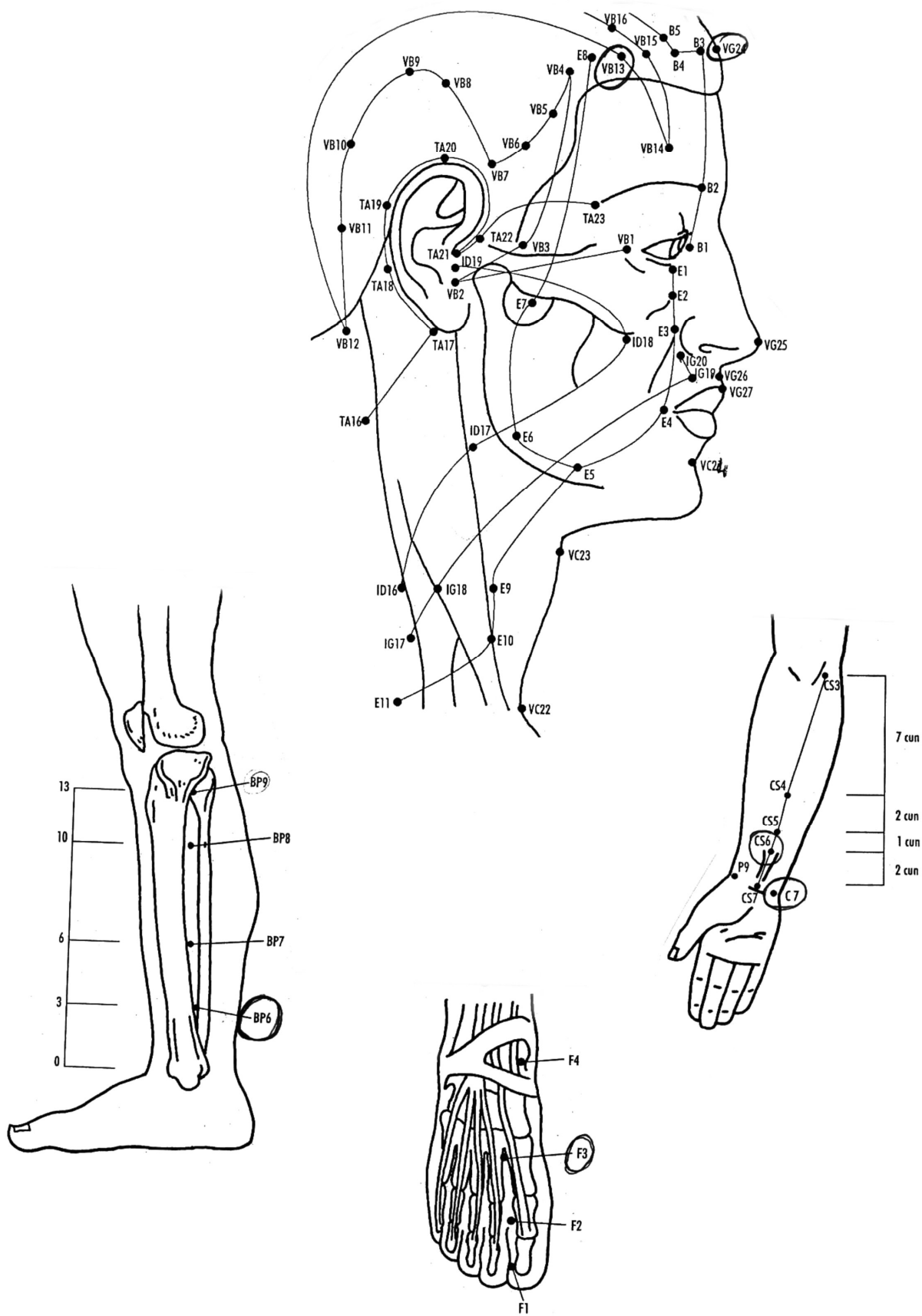


Figura 11 – Acupontos do protocolo (CS6, NEIGUAN; C7, SHENMEN; VG24, SHENTING; VB13, BENSHEN; BP6, SANYNJIAO; F3, TAICHONG; R3, TAIXI)