UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Perfil dos usuários do Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo: um estudo de caso.

Alexandre Massao Yoshizumi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Saúde Pública, Ciências Sociais e Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof. Dra. Maria da Penha Costa Vasconcellos.

São Paulo
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Perfil dos usuários do Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo: um estudo de caso.

Alexandre Massao Yoshizumi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do titulo de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Linha de Pesquisa: Saúde Pública, Ciências Sociais e Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof. Dra. Maria da Penha Costa Vasconcellos.

São Paulo
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como na eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Perfil dos usuários do Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo: um estudo de caso.

Alexandre Massao Yoshizumi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do titulo de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Linha de Pesquisa: Saúde Pública, Ciências Sociais e Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof. Dra. Maria da Penha Costa Vasconcellos.

São Paulo
2010

Yoshizumi, Alexandre Massao
Perfil dos usuários do Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo: um estudo de caso. /
Alexandre Massao Yoshizumi – São Paulo, 2010
X, 151p

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.

Titulo em inglês: Profile of the *Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo* users: a case study.

1. Acupuntura; 2. Saúde do Trabalhador; 3. YNSA; 4. Saúde Pública;
5. Atenção Primária

“Mestre não é quem sempre ensina,
mas quem, de repente, aprende.”
João Guimarães Rosa
1908 - 1967

Dedicatória

A minha esposa, Ana, pelo amor, compreensão e ajuda nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Edson e Elisa, que sempre lutaram para dar o melhor para os filhos e sempre disseram que o estudo seria a maior herança.

E aos meus irmãos, Daniel e Karina, pelo apoio e incentivo para que eu chegasse aqui.

AGRADECIMENTOS

A Profª. Dra. Maria da Penha Costa Vasconcellos, minha orientadora, pela amizade, muita paciência e ensinamentos que foram fundamentais para a realização dessa dissertação.

Ao Prof. Dr. Flávio José Dantas de Oliveira, que sempre me tem destinado palavras de apreço e estímulo, pelas observações oportunas por ocasião da pré-banca, que contribuíram para o meu trabalho.

A Profª. Dra. Ângela Maria Florêncio Tabosa agradeço por ter aceito participar da pré-banca e banca examinadora com considerações importantes para a finalização dessa dissertação.

A Profª. Dra. Maria Regina Alves Cardoso, sempre disponível e atenciosa, pela fundamental e indispensável contribuição com a abordagem estatística, e construção dos resultados.

Ao Prof. Dr. Carlos Mendes Tavares pela disponibilidade e pela contribuição com sugestões para realizar essa dissertação.

Ao Dr. Ruy Yukimatsu Tanigawa, meu segundo pai, pelo incentivo e contribuição na minha formação como especialista na área da Acupuntura e no meu crescimento pessoal.

Ao Dr. Takashi Jojima, que foi o meu primeiro professor da técnica YNSA no Brasil, iniciou a minha formação na Craniopuntura de Yamamoto e trouxe ensinamentos importantes na área da Acupuntura.

Ao Dr. Toshikatsu Yamamoto, criador da YNSA (Yamamoto New Scalp Acupuncture), técnica que possibilita ótimos resultados no tratamento dos pacientes e sem a qual o ambulatório possivelmente não teria iniciado.

Aos diretores e professores do IAMEC/AMBA, Acayaba, Arnaldo, Gabor, Hiaeno, Mylene, Norvan, Otávio, Silvana e Wilson, que de alguma forma contribuíram para essa realização pessoal

A Sra. Ana Maria de Souza Dias, assistente social da Secretaria da Agricultura do Estado de São Paulo e responsável pelo projeto Qualivida, sempre tão compreensiva e disposta a ajudar

Ao Prof. Dr. Fernando Chami pelo incentivo e apoio, e por ter aceitado participar como suplente da banca examinadora na qualificação da dissertação.

Aos funcionários do consultório e da SAA, que sempre me apoiaram.

Ao Antônio Virgílio, jornalista, que auxiliou na revisão do texto.

Aos pacientes que se dispuseram a participar desse trabalho.

Resumo

Esta pesquisa tem por objetivo analisar o serviço realizado pelo Ambulatório de Acupuntura, da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo, na cidade de São Paulo, disponibilizado aos seus funcionários como parte do programa Qualivida, realizado no período de 2001 a 2008. Busca contribuir para uma reflexão sobre este tipo de modelo de atenção e assistência à saúde visando sua viabilidade em organizações laborais complexas de médio e grande porte.

Método utilizado na pesquisa: Trata-se de um estudo de caso realizado no Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (SAA), no período de 2001 a 2008. População do estudo composta por funcionários da SAA, familiares de funcionários da SAA e comunidade. Instrumentos para coleta dos dados: prontuários dos pacientes e questionário para avaliar condições de saúde.

A**nálise:** EPIDATA, versão 3.0, e o banco de dados constituído e transportado para o STATA, versão 11.0, para a análise. Após a verificação de consistência dos dados, foram realizadas análises descritivas com os resultados sendo apresentados na forma de tabelas e gráficos. Para identificação de possíveis associações entre as variáveis categóricas foi usado o teste de Chi-quadrado ou Exato de Fisher, quando apropriado.

Resultados e discussão: A permanência ao tratamento pelos pacientes, no período realizado da pesquisa, foi de 100%, demonstrando alto grau de adesão às sessões programadas pela equipe médica. Podemos considerar alguns aspectos relacionados aos resultados positivos encontrados: importância de sua realização no próprio local de trabalho considerando comodidade, acesso e facilidade de locomoção dos pacientes na intervenção terapêutica, além de ter se revelado um método eficaz e de baixo custo em sua implantação e manutenção para a instituição.

Concluímos com esta pesquisa que existe viabilidade do uso da acupuntura como tratamento terapêutico na assistência de saúde de atenção em nível primário, complementares aos equipamentos de saúde de atenção básica convencionais, através de ambulatórios de acupuntura, voltadas à saúde do trabalhador como política de saúde pública.

Descritores: Acupuntura, saúde do trabalhador, YNSA, saúde pública, atenção primaria

Abstract

This research aims to analyze the work realized by the Acupuncture Ambulatory of São Paulo Agriculture and Supply Secretary in the São Paulo city, concerning to their works as part of the ***Qualivida*** Program realized between 2001 and 2010. It contributes to think about one kind of pattern to provide viable health assistance in large or medium complex work organizations.

Methods: This is a case study mode in the acupuncture ambulatory of São Paulo Agriculture and Supply Secretary (SAA) between 2001 and 2008. The works of SAA, SAA family's works and part of the community composed the population of the study. The instruments for data collection were: patient's profile and a questionnaire to determine the health conditions.

Analysis: EPIDATA, version 3.0 and data basis was written in the STATA, version 11.0 to analyze. After data verification, it was mode descriptive analysis as the results being explained graphically. In order to identify possible association between the data items, the Chi-square test or the Fisher exact was used when appropriate.

Results and Discussion: The constancy of treatment by the patients in the research period was 100% showing a high grade of section's adhesion programmed by the medical team. We can consider some positive aspects related to the found results: importance of acupuncture sections being performed in the work self place, considering commodity, access and locomotion facility of the patients concerning the therapeutically intervention. By the way it was revealed as an efficient and low cost method to introduce and establish for the institution.

We conclude that there is viability in the use of acupuncture as a therapeuthical treatment in the first level of medical assistance in addition to the basical medical health equipments as usual, providing that the acupuncture ambulatory concerning the work's health can be viewed as a public health policy.

Descriptors: Acupuncture, Worker's health, YNSA, Public health policy, Primary attention

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 21
1.1. A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC) 21
1.1.1. Denominações da MTC 23
1.1.2. Definição das Práticas Médicas Heterodoxas (PMH) 25
1.1.3. Estudos econômicos das PMH 27
1.1.4. Teoria da MTC: bases filosóficas 28
1.1.5. Teoria da MTC: bases científicas 31

1.2. A DIFUSÃO DA MTC NO MUNDO 34

1.3 A ACUPUNTURA NO BRASIL 38

1.4. O PROGRAMA PREVENIR NO ESTADO DE SÃO PAULO 44
1.4.1 O programa Qualivida 46
1.4.2 Descrição do processo de implementação do Ambulatório de Acupuntura ..47
1.4.3 *Yamamoto New Scalp Acupuncture* (YNSA) 49

1.5 JUSTIFICATIVA 54

2. OBJETIVOS **56**
2.1. Objetivo geral 56
2.2. Objetivos específicos 56

3. MÉTODOS **58**
3.1. Delineamento do estudo 58
3.2. Caracterização do ambulatório 58
3.3. População de estudo 60
3.4. Fonte de dados 61
3.5. Variáveis de estudo 62
3.6. Procedimento e análise do banco de dados 62
3.7. Critérios de inclusão 62
3.7. Procedimentos Éticos 63

4. RESULTADOS **65**
4.1. Perfil Epidemiológico 65
4.2. Período do tratamento, faixa etária e ocupação 70
4.3. Análise da Ficha Clínica 74

5. DISCUSSÃO **107**
5.1. Racionalidades Médicas e Integralidade 107
5.2. O tratamento em ambiente laboral 112
5.3. Análise dos resultados 115
5.4. Algumas questões específicas da SAA 118
5.5. Caso Clínico 121

6. CONCLUSÃO **125**

7. REFERÊNCIAS..... **128**

8. ANEXOS **134**
Anexo 1 - Ficha Clínica 134
Anexo 2 - Questionário 145
Anexo 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido 148
Anexo 4 – Termo de compromisso do pesquisador 149

9. CURRICULO LATTES **150**

Lista de Figuras

Figura 1: Logo do programa Prevenir do IAMSPE, SP, 1998. **45**

Figura 2: Atividades Qualivida daSAA , SP, 2001. **45**

Figura 3: Comparação entre a Craniopuntura clássica da MTC (esquerda) e nova craniopuntura de Yamamoto, Brasil, 2009. **49**

Figura 4: Médica realizando a palpação nas mãos da paciente para auxiliar na escolha da lateralidade para realizar o diagnóstico na técnica YNSA*, Brasil, 2009. **51**

Figura 5: Sala de atendimento no ambulatório da SAA, Brasil, 2009. **52**

Figura 6: Recepção do ambulatório da SAA, Brasil, 2009. **53**

Figura 7: Foto da língua mostrando as 5 áreas utilizadas para diagnóstico baseada na teoria da MTC, Brasil, 2009. **87**

Figura 8: Paciente G.A.A.P., 5 anos, realiza tratamento no ambulatório de acupuntura da SAA para paralisia cerebral, Brasil, 2010. **123**

Lista de Tabelas

Tabela 1: Relação de funcionários e estagiários da SAA em diversos departamentos. **47**

Tabela 2: Distribuição dos pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo sexo, faixa etária, estado civil, etnia, religião, ocupação e numero de sessões (ano 2001 a 2008). **67**

Tabela 3: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo o número de sessões realizadas (ano 2001 a 2008). **70**

Tabela 4: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo o número de sessões realizadas e a faixa etária (ano de 2001 a 2008). **71**

Tabela 5: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a queixa principal dor (ano de 2001 a 2008. **78**

Tabela 6: Comparativo de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA segundo a queixa principal dor e o sexo (ano de 2001 a 2008). **80**

Tabela 7 - Grau de escolaridade e sexo dos funcionários. **90**

Tabela 8 - Distribuição dos funcionários da SAA, segundo idade e sexo. **91**

Tabela 9 - Presença de limitação física causada por acidente ou dor constante, segundo sexo. **92**

Tabela 10 - Tipos de Acidente, segundo sexo. **92**

Tabela 11 - Casos de limitação física, segundo sexo. **92**

Tabela 12 – Tipo de doenças nervosas diagnosticadas, por sexo. **93**

Tabela 13- Distribuição de doenças nervosas ou emocionais, por sexo e idade. **93**

Tabela 14 – Dificuldade para adormecer, segundo sexo. **94**

Tabela 15 – Distribuição de doenças crônicas segundo faixa etária e sexo. **94**

Tabela 16 - Casos de controle de peso ou dieta específica, segundo sexo. **95**

Tabela 17 – Realização de exames para controle de: pressão arterial, colesterol e câncer de próstata nos últimos três anos, em homens por faixa etária. **96**

Tabela 18 - Realização de exames para controle de: pressão arterial, colesterol e câncer de mama e útero, em mulheres por faixa etária. **97**

Tabela 19 - Frequência de visitas ao dentista, oftalmologista e ginecologista nos últimos três anos segundo sexo. **97**

Tabela 20 - Formas de prescrição no consumo de medicamento, segundo sexo **98**

Tabela 21 - Hábitos cotidianos de fumar e consumir bebidas alcoólicas, segundo sexo **99**

Tabela 22 - Frequência em que sente só e sente triste, segundo sexo **99**

Tabela 23 - Frequência de doenças que provocam medo e gostaria de evitar, segundo sexo em questão de múltipla escolha. **100**

Tabela 24 – Autoavaliação do estado de saúde, segundo sexo **101**

Tabela 25 - Percepção sobre levar uma vida saudável **101**

Tabela 26 – Frequência de idas ao médico e estado de saúde segundo sexo **102**

Tabela 27 - Casos de experiências negativas com profissionais de saúde **102**

Tabela 28 – Motivação para fazer acupuntura segundo sexo **104**

Tabela 29 - Experiência com a PMH – acupuntura nos últimos três anos **105**

Quadro 1 - Relatos de experiências negativas em situação de atendimento médico **103**

Quadro 2 - Expectativa em relação ao tratamento com acupuntura segundo sexo **104**

Listas de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo o sexo. (ano de 2001 a 2008) **66**

Gráfico 2: Distribuição dos pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo a idade. (ano 2001 a 2008) **66**

Gráfico 3: Distribuição dos pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo a etnia. (ano de 2001 a 2008) **68**

Gráfico 4: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo religião. (ano 2001 a 2008) **69**

Gráfico 5: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo, segundo a ocupação. (ano 2001 a 2008) **74**

Gráfico 6: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a queixa principal. (ano 2001 a 2008) **78**

Gráfico 7: Comparativos de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA segundo a queixa principal e o sexo. (ano de 2001 a 2008) **79**

Gráfico 8: Comparativo de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA segundo a queixa principal e a ocupação. (ano de 2001 a 2008) **81**

Gráfico 9: Comparativo de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a queixa principal dor e a ocupação. (ano de 2001 a 2008) **82**

Gráfico 10: Porcentagem de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a faixa etária e o sentimento predominante. (ano de 2001 a 2008) **84**

Gráfico 11: Porcentagem de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a faixa etária e a necessidade de determinado sabor. (ano de 2001 a 2008) **85**

Gráfico 12: Porcentagem de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a faixa etária e a localização da alteração na língua. (ano de 2001 a 2008) **88**

Gráfico 13: Porcentagem de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA segundo a relação entre sexo e sentimento. **89**

Gráfico 14: Freqüências no consumo de medicamentos, segundo sexo. **98**

Siglas utilizadas

AAMA	American Academy of Medical Acupuncture
ABA	Associação Brasileira de Acupuntura
AMB	Associação Médica Brasileira
AMBA	Associação Médica Brasileira de Acupuntura
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAM	Complementary and Alternative Medicines
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEA	Centro Estadual da Agricultura
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
IAMSPE	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
LCE	Líquido Cerebroespinal
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NIH	National Institutes of Health
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDTNC	Programa de Desenvolvimento de Terapias Não-Convencionais
PMH	Práticas Médicas Heterodoxas
PMNC	Práticas Médicas Não Convencionais
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa Saúde da Família
SAA	Secretaria de Agricultura e Abastecimento
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
YNSA	Yamamoto New Scalp Acupuncture
♂	Homem
♀	Mulher

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) vem se desenvolvendo há mais de cinco mil anos, sendo constituída por um conjunto de terapêuticas e meios de diagnósticos embasados em uma concepção holística sobre a natureza do ser humano e suas relações com o mundo. [1]

Na MTC, os sintomas e as doenças não são ocasionados por fatores isolados, e sim por diversos elos de uma cadeia que leva ao adoecimento. Não é suficiente atuar somente nas manifestações; é preciso atuar em todos os elos desta cadeia. Desta forma, a MTC utiliza como modalidades de tratamento a busca de uma harmonia com a vida e os cuidados com o corpo e com a mente, por meio de diversas práticas como: meditação, práticas corporais, orientações alimentares, fitoterapia e acupuntura. [1]

A acupuntura é a modalidade mais conhecida da MTC. É um método simples, mas ao mesmo tempo complexo: é simples, pois utiliza um instrumental de fácil manuseio (agulha) para promover, com sua inserção, um estímulo-organizador e obter, como resposta, o equilíbrio do organismo; é complexo, pois envolve um raciocínio com múltiplas variáveis a respeito do entendimento dos processos naturais e seu funcionamento. [2]

No começo do século XX, a acupuntura enfrentou dificuldades na própria China, devido principalmente à influência ocidental. Foi reabilitada pela Revolução de 1949, não por razões sentimentais ou xenófobas, mas sim por um calculado pragmatismo, o qual previa que só com o uso da MTC, associada à medicina moderna, seria possível a China enfrentar as enormes necessidades sanitárias do momento. Essa decisão mostrou-se acertada e atualmente as duas medicinas convivem harmoniosamente. A população é quem decide qual delas usar no momento de necessidade. [(3)]

No final da década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional, que recomenda aos Estados-Membros o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da medicina tradicional e da medicina complementar (também chamada de alternativa, entre outras denominações) nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como a promoção do uso racional dessa integração.

As limitações presentes no campo da biomedicina têm levado profissionais de saúde, pesquisadores e usuários a buscarem terapêuticas para superação de suas necessidades referentes à saúde e, entre outras, vem se destacando a MTC.

1.1.1. Denominações da MTC

A MTC, no Ocidente, recebe várias denominações – medicina alternativa, complementar, práticas médicas não convencionais ou práticas médicas heterodoxas – que tentam explicar qual o seu contexto de inserção na terapêutica médica convencional.

A razão de tanta variedade de denominações se deve ao fato de que as entidades a que tais termos querem se referir correspondem a diversas práticas relacionadas à saúde, procedentes de diferentes países, culturas, histórias e tempos. Por outro lado, o agrupamento de todas essas práticas em uma mesma denominação tem sido inviável porque, apesar de elas terem pontos de aproximação entre si, são, ao mesmo tempo, bastante heterogêneas e em grande parte não explicáveis pelos padrões científicos. [(4)]

No Ocidente, tende-se a chamar a MTC de Medicina Integrativa e Complementar justamente pelo fato de, como o nome indica, integrar e complementar um sistema de saúde vigente, que se baseia, sobretudo, na alopatia. No Oriente, especialmente na China, chama-se de Medicina Tradicional, por se tratar do sistema vigente lá, onde complementar é a alopatia.

Segundo DANTAS e RIBEIRO (2002), a denominação "medicina alternativa" usada em português para designar as práticas da MTC – resultante da tradição americana de englobar todas as práticas não convencionais como *"alternative medicines"* – é arcaica e foco de separação mais do que de integração. [(5)]

Recentemente, em razão da denominação *"complementary medicines"*, comum e usual no Reino Unido, adotou-se a nova denominação *"complementary and alternative medicines"* (CAM) nos Estados Unidos. [6] O *National Center for Complementary and Alternative Medicine*, do *National Institutes of Health* (NIH), define CAM como "aqueles tratamentos e práticas de atenção à saúde que não são amplamente ensinados nas escolas médicas, não são geralmente utilizados em hospitais e não são usualmente reembolsados pelas empresas de seguro médico", englobando uma diversidade de práticas incomuns de cuidados com a saúde (acupuntura; homeopatia; fitoterapia; quiropraxia; hipnose; *biofeedback*; meditação e relaxamento; espiritualismo; massagem terapêutica e outras). [6]

Em português, o adjetivo "alternativo" tem como primeiro significado "uma sucessão de coisas reciprocamente exclusivas que se repetem com alternância" e, em segundo plano, "uma de duas ou mais possibilidades pelas quais se podem optar" (Dicionário "Houaiss", 2001) [5] ou "que vem ora um, ora outro" [7]. A denominação "medicina complementar" também não condiz com a atuação destas práticas no tratamento das enfermidades humanas, pois o adjetivo "complementar" significa [7] "que serve de complemento" ou "que sucede ao elementar", em contradição às evidências clínicas que apontam para a resolutividade de diversos problemas de saúde tratados exclusivamente por *práticas médicas não convencionais* (PMNC), termo utilizado pelo Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [6]

Por traduzir com maior precisão a ideia de outra racionalidade, ou de algo que não está de acordo com as ideias tradicionais ou geralmente admitidas, será utilizada neste trabalho a denominação *Práticas Médicas Heterodoxas* (PMH), proposta por DANTAS e RIBEIRO (2002).

1.1.2. Definições das Práticas Médicas Heterodoxas (PMH)

As PMH podem ter diferentes definições. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, a define da seguinte maneira:
"A medicina heterodoxa refere-se a práticas de saúde, abordagens, conhecimentos e crenças que incorporem a medicina baseada em plantas, animais e minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados isoladamente ou em combinação para tratar, diagnosticar e prevenir doenças ou para manter o bem-estar". [8]

Segundo outra definição, adotada pelo Centro Cochrane,
"a medicina heterodoxa compreende um amplo domínio de recursos de cura que abrangem todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas, as teorias e crenças que acompanham e outras que não as intrínsecas à política do sistema de saúde dominante de uma sociedade ou à cultura particular em um dado período histórico. A medicina heterodoxa inclui todas essas práticas e idéias, autodefinidas por seus usuários como preventivas ou de tratamento de doenças ou de promoção de saúde e bem-estar. Os laços entre as medicinas heterodoxas e o sistema dominante de saúde não são fixos nem bem estabelecidos." [9]

As PMH caracterizam-se por uma visão do indivíduo de forma interdependente dos fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, na determinação de diagnósticos de situações de saúde-doença e no tratamento de doenças. Nesse modelo, não mais se considera a doença como o objeto da medicina, mas, sim, o paciente, a pessoa no microcontexto de sua vida diária, incluindo o seu ambiente de trabalho, seu modo de vida e sua maneira de levar a vida, individual e socialmente.

A MTC, que esteve isolada do mundo ocidental durante milênios por representar uma filosofia de vida bastante distanciada da cultura ocidental e ser considerada uma prática sem bases científicas, tem alcançado um espaço cada vez maior na prática médica atual devido às novas descobertas científicas relacionadas à comprovação de sua eficácia. O aumento da procura por este tipo de tratamento é fato que vem ocorrendo não só em nosso país, mas praticamente em todo o mundo. [10]

Xiaouri Zhang, coordenadora do Departamento MTC e Complementar da OMS, afirma que grande contingente populacional de países em desenvolvimento ou desenvolvidos fazem uso de PMH, como a Alemanha (80%), Canadá (70%), França (49%), Austrália (48%), Estados Unidos (42%), Etiópia (90%), Benin (70%), Índia (70)%, Ruanda (70%), Tanzânia (60%) e Uganda (60%). [11]

A MTC-Acupuntura, enquanto Prática Médica Heterodoxa, tem sido adotada em muitos países, principalmente por se revelar um método eficaz, de fácil acesso e de baixo custo.

1.1.3. Estudos econômicos das PMH

Em 1993, EISENBERG e colaboradores realizaram o primeiro levantamento [12] sobre a prevalência, os custos e as formas de utilização de PMH nos Estados Unidos, estimando que 34% da população adulta americana as empregavam, o que significava um total de 427 milhões de consultas/ano com terapeutas de PMH. [13]

Em 1997, repetiram a pesquisa, estimando um aumento da utilização das PMH (42% da população), com 629 milhões de consultas a terapeutas. Isto representava um custo adicional de US$ 27 bilhões à população americana, por estas não estarem disponíveis nos serviços públicos de saúde e não serem reembolsadas pelas empresas de seguro médico. [13]

Uma pesquisa realizada na Europa mostrou que 46% da população da Alemanha fazia uso de PMH, enquanto na França o índice era de 49%. [14]

Em levantamentos que indagaram os motivos que levavam a população americana a procurar as terapias não usuais, a insatisfação dos pacientes com a medicina convencional é apontada como a principal justificativa para o aumento progressivo do interesse pelas PMH. Constatou-se também que as pessoas buscavam uma orientação filosófica holística a respeito do binômio saúde-doença que explicasse as doenças através da conexão corpo-mente-espírito. [6]

No Brasil, os pacientes procuram as PMH, como a acupuntura, por iniciativa própria, estimulados por resultados prévios satisfatórios e por indicação de pessoas próximas que já foram usuárias em busca de uma melhor qualidade de vida. [2]

Ainda segundo a OMS [8], mais de um terço da população nos países em desenvolvimento carece de medicamentos essenciais. Então, nesses casos, a oferta de terapias tradicionais e complementares seguras podem tornar-se uma ferramenta para aumentar o acesso ao cuidado da saúde. Semelhante é a situação em que se encontra nosso país, com um estado de carência de atenção à saúde no qual, se a acupuntura não é considerada necessidade básica de saúde, pode ser instituída como forma de tratamento contínuo do serviço de saúde e recurso auxiliar da implementação da atenção à saúde.

1.1.4. Teoria da MTC: bases filosóficas

A medicina ocidental, devido à sua concepção materialista, mecanicista ou newtoniana, encontra dificuldades para incorporar as concepções da dualidade dinâmica existente entre a matéria e a energia, fato este demonstrado fisicamente por Einstein, na sua famosa teoria da relatividade. No entanto, a MTC, desde seu aparecimento há milênios, baseia-se na dualidade dinâmica do *Yang* e do *Yin*, da energia e da matéria, da forma física e da mente, que são claras manifestações einstenianas [15]. Ao considerar as doenças como transtornos orgânicos ou funcionais, formas que permitem sua atuação exclusiva, a medicina convencional deixa de levar em consideração a fase precedente a estes distúrbios, que é a disfunção energética, passível de tratamento pelas técnicas da MTC e responsável pela verdadeira "raiz" da doença.[15]

A cosmologia chinesa baseia-se na geração do microcosmo a partir do macrocosmo, ou seja, o *Tao* seria a fonte original do universo, cuja essência é o *Vazio*, do qual derivam os opostos (*Yin/Yang*); destes vieram as infinidades de processos e acontecimentos que originaram o mundo tal como é conhecido.

Todos esses processos foram proporcionados pelo *Sopro Vital* que constitui o universo, o *Qi*. Além deste enfoque mais abrangente, existe aquele que expressa as manifestações fisiológicas no ser humano e sua homeostase interna, representado pelo *Zheng Qi* (*Qi* correto) [1]

Um conceito central fundamental da MTC é o holismo, pelo qual o organismo e o paciente são considerados um todo orgânico em movimento contínuo e interconectados com seu meio ambiente circundante. O corpo humano é visto como um microcosmo do universo. Como resultado, o diagnóstico e o tratamento dependem da diferenciação dos padrões de síndrome para cada paciente, individualmente. [16]

A semiologia do sistema diagnóstico da MTC concentra-se basicamente na anamnese do desequilíbrio *Yin/Yang*. Como fatores externos desse desequilíbrio, há os chamados seis excessos (vento, frio, calor, umidade, secura, canícula), e como fatores internos, há as cinco emoções (alegria, raiva, tristeza, pensamento e medo) e os sete sentimentos (alegria, raiva, preocupação, pensamento, tristeza, medo e pavor). Além destes, há outros fatores que não podem ser considerados nem internos nem externos (como, por exemplo, acidentes ou infestações por vermes, microorganismos, etc.), os quais podem causar esse desequilíbrio, afetando o *Zheng Qi* e levando assim ao adoecimento. Para determinar a origem deste desequilíbrio, a MTC conta com o exame da força, do ritmo e da qualidade do pulso; com a observação da cor, do revestimento e do formato da língua, bem como das cores da face, da temperatura, dos sons, dos odores corporais, tudo isso acrescido da interrogação sobre a dieta, a eliminação de suor, a evacuação, a sede, variações na cabeça, tórax e abdômen, bem como sobre a história pregressa do paciente. [1,17]

A MTC estuda os fenômenos do Universo e da Natureza e procura adequá-los ao ser humano. Seus fundamentos são as concepções do *Yang* e *Yin*, dos Cinco Movimentos (Fogo, Terra, Metal, Água e Madeira) e dos *Zang Fu* (órgãos e vísceras), que norteiam o funcionamento do organismo sadio e/ou doente. [10]

A acupuntura é o recurso terapêutico mais conhecido da Medicina Tradicional Chinesa. É um antigo método terapêutico que se baseia na estimulação de determinados pontos do corpo com agulha ou com calor a fim de restaurar e manter a saúde. [10,18]

A acupuntura visa restabelecer a circulação do *Qi* (Energia) através dos canais de energia (Meridianos) e dos órgãos e das vísceras. Com isso, leva o corpo a uma harmonia entre o *Qi* e a matéria (corpo físico). [10]

O conceito de órgãos e vísceras da MTC difere daquele da Medicina Ocidental. Os órgãos *(Zang)* e as vísceras *(Fu),* na concepção dos antigos chineses, representam, além dos conceitos da fisiologia ocidental, a integração dos fenômenos energéticos que agem tanto nas manifestações somáticas como psíquicas. [10,18]

Esse método de pensamento, que podemos descrever como macroscópico, amplo, altamente indutivo e sistêmico, contrasta com os métodos da medicina moderna dos dias atuais. Devido ao surgimento de diversas especialidades e subespecialidades, hoje o paciente acaba sendo "fragmentado" em várias partes e cada médico especializado "cuida" de uma determinada parte do corpo. Dessa maneira, não há a valorização de informações como as manifestações emocionais, influência do meio externo, o ambiente de trabalho e familiar como fatores etiológicos importantes no processo de adoecimento.

1.1.5. Teoria da MTC: bases científicas

Vários conhecimentos dos antigos chineses, sua filosofia e seus conceitos estão sendo aos poucos desvendados pela ciência ocidental. Nos últimos trinta anos, tanto a ciência ocidental quanto a oriental têm-se dedicado ao estudo do mecanismo de ação da acupuntura. [10]

No Ocidente, a acupuntura ganhou credibilidade principalmente pelos estudos para o tratamento de náuseas e vômitos pós-operatórios.[19] Foram realizados estudos para comprovar o seu efeito no alívio da dor, que é originada de vários fatores.[20]

A acupuntura consiste na aplicação de agulhas e está fundamentada na teoria dos meridianos, a qual pressupõe que existem vias percorridas pelo *Qi* que estão em comunicação entre a superfície e o interior do corpo. Estudos demonstram que o estímulo desses pontos provoca respostas no sistema nervoso central, idênticas à da estimulação direta dos nervos, produzindo respostas globais ou específicas no organismo, pois nesses locais há muitas terminações nervosas sensoriais e a resistência elétrica é baixa. São comprovadas, também, modificações na liberação de neurotransmissores, neuro-hormônios e suco gástrico, na produção de células de defesa, na contração uterina e na regulação (central e periférica) do fluxo sanguíneo. [1,21,22,23]

A liberação de peptídeos opióides durante a prática da acupuntura evidencia, ao menos em parte, os efeitos analgésicos atribuídos à prática, o que também é comprovado através da supressão destes efeitos quando se administram antagonistas opióides, como a naloxona. [22] Isso demonstra que o mecanismo é opioidérgico.

Nas pessoas em que a dor foi aliviada por meio da acupuntura, observou-se aumento dos níveis de β-endorfinas no líquido cerebroespinal (LCE). [24] Embora os níveis de metaencefalina no LCE se mostrassem inalterados nesse estudo, numa outra pesquisa observou-se em ratos [25] que uma substância semelhante à metaencefalina é, na verdade, liberada na própria medula por um estímulo semelhante a eletroacupuntura.

Várias evidências comprovam a eficácia da acupuntura no tratamento de processos dolorosos, patologias gástricas, psíquicas, endócrinas, ligadas à reprodução e outras. Também foi possível identificar situações em que a eficácia da acupuntura pode não existir ou em que ela age apenas na redução dos sintomas, identificando-se que há certos aspectos da acupuntura, providos de embasamento empírico, que ainda não podem ser associados às explicações científicas convencionais. [1,21,22,26,27]

CHIANG e cols. (1973) provaram que o estímulo da acupuntura é conduzido ao longo das fibras nervosas, pois demonstraram que a acupuntura é ineficaz quando aplicada em uma área cujo suprimento nervoso tenha sido bloqueado por anestesia local. Essa informação foi importante e fundamental para a explicação da acupuntura do ponto de vista da neurofisiologia. [28]

Outra explicação é que a acupuntura agiria como um estímulo nociceptivo, estimulando a fibra A delta, cujos impulsos projetam-se mais velozmente do que os estímulos de dor conduzidos pelas fibras C não mielinizadas, e através de conexões neuronais dentro do mesencéfalo geraria um impulso inibitório descendente, gerando analgesia. [29]

No trabalho de revisão, a presença de uma agulha pode ser interpretada como um estímulo imunomodulador, ativando a liberação de fatores mediadores de inflamação localmente, além da elevação de ACTH e consequentemente corticosteróide endógeno. [30] Outro estudo mostrou, através da ressonância nuclear magnética funcional, que o córtex occipital é ativado ao agulhar um ponto de acupuntura no membro inferior, cuja função de estimular a visão é descrita na MTC. [30]

NEDERGAARD e cols. (2010), em estudo publicado na revista *Nature*, descobriu que a adenosina desempenha um papel central no mecanismo de ação da acupuntura. Sua pesquisa revelou que a inserção e rotação manual das agulhas de acupuntura aumentam a concentração extracelular de purinas, incluindo o transmissor adenosina que possui ação anti-nociceptiva e antiinflamatória. Nunca antes a adenosina e seus receptores haviam sido implicados na ação anti-nociceptiva da acupuntura. [31]

Como a acupuntura provoca múltiplas respostas biológicas, a pesquisa em acupuntura não só pode elucidar os fenômenos associados ao seu mecanismo de ação, como também tem potencial para explorar novos caminhos na fisiologia humana ainda não examinados de maneira sistemática. Além disso, poderá ajudar a superar deficiências que se verificam no ensino e na difusão científica dos princípios que fundamentam a sua prática. GÓIS (2007)[20] salienta que a pesquisa da acupuntura reveste-se de grande interesse porque poderá traduzir conhecimentos milenares, contribuindo para a sua aceitação e incorporação.

1.2 A DIFUSÃO DA MTC NO MUNDO

Segundo relatos populares, a acupuntura teria tido início há milênios quando, durante uma batalha, um soldado foi ferido na região do tornozelo. O soldado sofria de cefaleia e, com o ferimento, a dor teria cessado. A partir desse acontecimento, teriam surgido os estudos sobre os efeitos de lesão da pele para o alívio de doenças. [10]

Baseado nos registros escritos, a MTC começou a propagar-se para a Coréia e o Japão logo no início do século VI e, devido à rota de intercâmbio cultural, esse conhecimento também se difundiu por todo o sudeste da Ásia e na Índia. [16]

Marco Pólo, navegador de Veneza, teria sido o primeiro ocidental a ter conhecimento da técnica de inserir objetos no corpo humano a fim de tratar doenças. Mas há controvérsias sobre isso. Sabe-se, entretanto, que foram os jesuítas franceses, na Indochina, que teriam realmente vivenciado a forma de medicina praticada pelos chineses. [10]

As primeiras informações acerca da acupuntura foram trazidas à Europa em meados do século XVII por jesuítas e viajantes procedentes do Extremo Oriente. Em realidade, foram os missionários jesuítas que cunharam o termo "acupuntura" (*acus* = agulha, *punctio* = punção) a partir do latim"[32]. No século seguinte, surgiram diversas publicações, associações e estudos sobre o assunto, e em 1809 o Dr. V. J. Berlioz introduziu a acupuntura com fins terapêuticos na Europa. Mas a falta de conhecimento teórico e das técnicas desestimulou muitos profissionais, o que acabou por retardar o processo de introdução da acupuntura no Ocidente. [32]

No século seguinte, houve progressos em diversos estudos e pesquisas sobre a técnica, particularmente na França, onde surge em 1930 a primeira escola de acupuntura. A partir de então a técnica se difunde para toda a Europa [32], onde atualmente é uma das práticas médicas heterodoxas mais utilizadas. [14]

No entanto, o pensamento ocidental – que se iniciou na Grécia antiga, de VI a IV a.C., pelos filósofos pré-socráticos – foi, para a área da saúde, a base da chamada medicina científica moderna, ao passo que a essência da filosofia oriental, baseada nos pensadores Lao-Tse, Confúcio, Sidarta Gautama, Sun Tzu e outros, foi o alicerce para a MTC. Este é um dos motivos pelos quais ocorrem diversas diferenças e divergências entre a medicina científica moderna e a MTC. Por exemplo, "para a MTC os elementos cosmológicos desempenham um papel importante na determinação das constituições individuais, enquanto que para a racionalidade médica ocidental esses elementos não são sequer considerados, já que desprovidos de base científica" [1]. Isto constituiu grande obstáculo para aceitação da acupuntura no universo do Ocidente.

Porém, quando uma terapêutica passa a mostrar um resultado extremamente positivo para o tratamento de um determinado distúrbio mesmo sem uma base científica evidente, a técnica acaba se difundindo e exigindo da ciência uma explicação racional. Foi por este motivo que a acupuntura passou a despertar grande interesse na década de 1970.

No início dos anos 70, logo após a viagem de motivação política do presidente Nixon à China, a acupuntura apresentou um grande impulso e passou a ter apoio de publicações de prestígio e de pesquisadores importantes [10]. Isso teve início com o artigo do jornalista James Reston, editor do *New York Times*, que descrevia o efeito da acupuntura para o procedimento anestésico e nas suas dores pós-operatórias quando fora submetido a uma apendicectomia de emergência, enquanto acompanhava a equipe norte-americana de tênis de mesa

em viagem à China. Outro fato importante foi a criação, em 1987, da *American Academy of Medical Acupuncture* (AAMA). [32]

Entretanto, o campo das práticas médicas heterodoxas sofreu uma reestruturação ao longo das últimas décadas, quando foram mais intensamente incorporadas pelo Ocidente.

Desde que a acupuntura se disseminou para o Ocidente, muitos estilos diferentes de acupuntura têm sido desenvolvidos, como a terapia dos meridianos japonesa (*Ryodoraku*), acupuntura energética francesa, acupuntura constitucional coreana e acupuntura dos cinco elementos de Lemington. Embora estas técnicas sejam similares às da MTC, elas apresentam características distintas entre si.

Nas décadas mais recentes, novas formas de acupuntura vêm se desenvolvendo principalmente aquelas baseadas em microssistemas, como a auriculoterapia (francesa), a acupuntura escalpeana, a acupuntura nas mãos (*Koryo* ou *Sujok*), a craniopuntura japonesa (YNSA - *Yamamoto New Scalp Acupuncture*) e a técnica punho-tornozelo [33]

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), formulou a Declaração de Alma-Ata, que incluía a proposta da utilização de profissionais e práticas da medicina tradicional de modo a garantir que se atingisse a meta de "Saúde para Todos no Ano 2000". [34] Nessa época, passa a haver, então, dois tipos de profissionais da área médica: o "puro" e o "convertido", os quais utilizavam exclusivamente o modelo biomédico ou não-biomédico, respectivamente.

Posteriormente, no fim da década de 1980, foi desenvolvido o conceito de "medicina complementar" ou "Prática Médica Heterodoxa", propiciando o aparecimento do profissional "híbrido", que utiliza princípios de ambas as racionalidades médicas. Sua lógica é a da inclusão, mesmo porque a época atual caracteriza-se como "um tempo de não-exclusão, ou de busca de inclusão, quer na ciência com as questões de interdisciplinaridade, quer na medicina com a complementaridade entre as diferentes racionalidades médicas". [34]

Em 2003, a OMS estabeleceu uma regulamentação para as políticas de saúde, na qual, dentre diferentes considerações, determinou que as práticas médicas heterodoxas fossem implantadas e reconhecidas pela medicina tradicional, favorecendo sua integração aos sistemas nacionais de saúde, fornecendo suporte técnico e informacional aos usuários para permitir-lhes usá-la com eficácia e segurança e preservando e protegendo o arcabouço teórico da medicina complementar. [34]

Segundo a OMS, os programas de atenção básica devem focar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com especial ênfase no autocuidado e no estímulo a um estilo de vida saudável. A política de saúde deve facilitar a integração da medicina complementar ou PMH ao sistema de saúde por uma regulamentação e estabelecimento de políticas eficazes para a prestação de serviços e produtos, assim como deve promover o acesso, a proteção e preservação do conhecimento acumulado pelas diferentes práticas complementares". [34]

Atualmente, a OMS continua a incentivar a incorporação das medicinas tradicionais nos sistemas de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. [14,34]

Contudo, apesar da "tendência da medicina ocidental de incluir em seu arsenal terapêutico tanto as bases conceituais quanto os procedimentos oriundos das medicinas orientais, em especial da MTC" [1], observa-se ainda grande resistência por parte de profissionais da saúde que são desprovidos de informação acerca da PMH, além da falta de regulamentação e legislação em relação a todas estas práticas. [14]

1.3. A ACUPUNTURA NO BRASIL

A MTC foi trazida para o Brasil no século XVIII por imigrantes orientais, principalmente chineses e japoneses, que se instalaram no Sul e Sudeste do País. [32]; desde então, a acupuntura é a técnica pertencente à MTC mais desenvolvida no País.

Seu processo de oficialização no serviço público, bem como o da homeopatia e o da fitoterapia, teve início em 1985, através do documento "As práticas alternativas na reformulação do sistema de saúde - Contribuição para a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)". Porém, a regulamentação destas práticas no setor público só ocorreu efetivamente em 1988, na 8ª CNS (ver abaixo). [35]

No Brasil, a incorporação da acupuntura se deu devido a duas vertentes: a primeira, os imigrantes orientais, e a segunda, o Prof. Frederico Spaeth, profundo conhecedor da técnica que a difundiu no Brasil a partir da década de 1950. [32,36]

"Em 1961, formou-se no Brasil a Associação Brasileira de Acupuntura (ABA), que se tornaria o órgão oficial da acupuntura no País, congregando profissionais de variadas categorias. A ABA prestou relevantes serviços à acupuntura nacional, realizando os primeiros seminários, congressos, simpósios e cursos, e difundindo assim a teoria e a prática da acupuntura no País. Estimulou também a formação das primeiras representações e/ou associações estaduais." (32,36)

Em 1977, o Ministério do Trabalho, em convênio com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), definiu a profissão de acupunturista sob o código número 0-79.15, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) através do Projeto BRA/70/550. A CBO foi reconfirmada no Diário Oficial do dia 11/02/94, Seção 1.(36)

Em 1988, o Governo Federal, por meio da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), formada pelos Ministérios da Previdência Social, Trabalho, Educação e Saúde, publicou em 8 de março a Resolução nº 5/88, que fixou normas e diretrizes para a implantação dos atendimentos em acupuntura nos serviços públicos de assistência, seguindo recomendação da VIII Conferência Nacional de Saúde e definindo que essa atividade seria exercida exclusivamente por médicos. (35)

Em 1989, com base na resolução da Ciplan, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) criou o Programa de Desenvolvimento de Terapias Não-Convencionais (PDTNC), que tinha, entre seus objetivos, a implantação da acupuntura no serviço público de assistência do Distrito Federal.

Em 1996, a 10ª. Conferência Nacional de Saúde aprovou, em seu relatório final, a incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, a acupuntura e a homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares. [37]

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), do Sistema Único de Saúde, a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. [37]

Em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde recomendou "incorporar na Atenção Básica: Rede PSF (Programa saúde da família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) as práticas não convencionais de terapêutica, como acupuntura e homeopatia". [37]

A Portaria Ministerial nº 648, de 28 de março de 2006, normatiza a atenção primária no País com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual define que a atenção básica em saúde é "um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde." A atenção básica se define como o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. [38]

Baseado no contexto da atenção primária, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 971, de maio de 2006, aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Esta política, de caráter nacional, recomendou ainda "a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares".[37]

A PNPIC recomenda ações e serviços no SUS, para a prevenção de agravos na saúde, a promoção e a recuperação, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral na saúde, com ênfase na atenção básica. A normativa autoriza a utilização da acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia e do termalismo social/crenoterapia (uso de águas minerais) nos tratamentos do SUS.[37]

A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 853 SAS/MS, de 17 de novembro de 2006, incluiu na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Informações do SUS o serviço de Código 068 - Práticas Integrativas e Complementares, incluindo a acupuntura, moxabustão e as práticas corporais. [39]

Todas essas PMH, que já eram realizadas no SUS antes da PNPIC, ganharam força com a implementação da política nacional. Em 2007, foram realizados 97.240 procedimentos de acupuntura e, em 2008, foram 216.616, crescimento de 122%. O investimento em acupuntura teve incremento de 1.420%. Em 2000, foram gastos R$ 278.794, enquanto, em 2008, o recurso aplicado foi de R$ 3.960.120,00. [40]

A Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contemplam ações e Práticas Integrativas e Complementares assim como as demais ações incluídas na atenção primária "com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica". [41]

A Portaria nº. 84, de 25 de março de 2009, adequa o serviço especializado 134 (que é o de Serviço de Práticas Integrativas) e sua classificação 001 (Acupuntura) para médico acupunturista, enfermeiro, biomédico, fisioterapeuta acupunturista, psicólogo clínico/psicólogo acupunturista e farmacêutico.[42] Entretanto, muitos médicos acupunturistas mostram-se contrários ao fato de outros profissionais (da área da saúde ou não) realizarem a prática da acupuntura.

A educação em acupuntura está crescendo rapidamente em vários países. Graduações em acupuntura foram oficialmente implantadas em centros universitários de países como China, Japão, Coreia do Sul, Vietnã, Estados Unidos, Reino Unido, França, Alemanha, Austrália, Malásia e Rússia, dentre outros, possibilitando uma formação plena e o exercício profissional. [11] No Brasil, a acupuntura é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1995, com a Resolução CFM 1.455/95, e pela Associação Médica Brasileira (AMB) desde 1998, com a consulta e os procedimentos médicos reembolsados pelas empresas de seguro médico e sendo oferecida ambulatorialmente na rede pública de saúde (postos de saúde e alguns hospitais). [5,6]

Nos últimos dez anos, vem ocorrendo um crescimento vertiginoso de médicos que estão praticando a acupuntura como especialidade médica. Em 2002, a Comissão Mista de Especialidades, composta pela AMB, CFM e CNRM (Conselho Nacional de Residência Médica), ratificou a acupuntura como especialidade médica e normatizou a implementação em programas de residência médica.

Hoje, existem no País 2.650 médicos titulados em acupuntura e há 32 vagas credenciadas de residência médica distribuídas entre Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (8 vagas), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (4 vagas), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (4 vagas), Hospital de Base do Distrito Federal (4 vagas), Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (8 vagas), Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, de Santa Catarina (2 vagas) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (2 vagas). [43]

Cabe ressaltar que, em que pese ser a acupuntura uma especialidade médica reconhecida e regulamentada pelo colégio representativo dos médicos, é fundamental que os especialistas em acupuntura a exerçam com a preocupação de manter os princípios da MTC/Acupuntura, bem como de preservar os preceitos da boa prática médica.

Mas esta não é a única preocupação relacionada à implementação da acupuntura no Brasil. O acesso ao tratamento por acupuntura atualmente ainda é limitado, sendo restrito a determinadas doenças e apresentando contenção no número de sessões pelas seguradoras de saúde; além disso, há um número insuficiente de postos de saúde que oferecem este tipo de tratamento para seus pacientes.

Em 2009, o Ambulatório de Acupuntura do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, inaugurado em 1999, realizou mais de 1.500 sessões de acupuntura por mês; no entanto, observa-se que a demanda de atendimento é cada vez maior, superando o número de vagas e acarretando uma espera de seis meses para o início do tratamento. [44] Para tentar minimizar este problema, alguns programas estão sendo inseridos em serviços de atenção à saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de seus usuários. [45]

1.4. O PROGRAMA PREVENIR NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em 1998, o Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), juntamente com o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, desenvolveu o Programa de Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Programa Prevenir), que tem como objetivo principal controlar e reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças crônicas através de programas de promoção e prevenção inseridos dentro do modelo de assistência à saúde oferecida aos servidores do Estado. Esta estratégia leva em conta o conhecimento de que muitos dos fatores de risco para essas doenças crônicas podem ser reduzidos ou eliminados através de mudanças de comportamento e de estilo de vida das pessoas sob risco. [45]

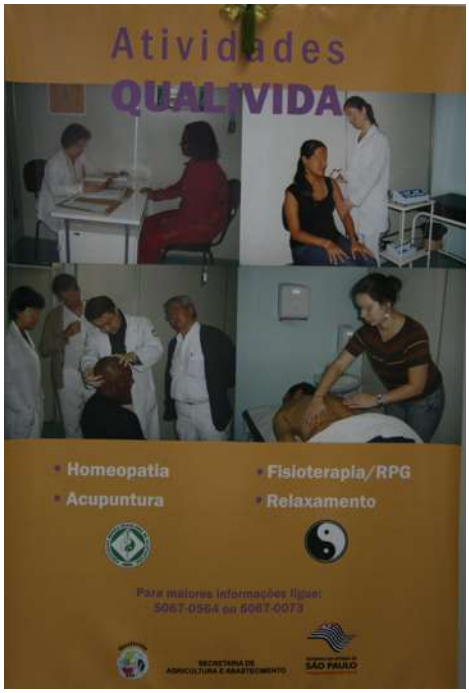
O Programa Prevenir tende a ser um programa governamental de política pública com a preocupação de uma ação de conforto, sob a ótica da política de recursos humanos das Secretarias do Estado, com o objetivo de atuar melhor junto aos funcionários discutindo com eles qualidade de vida ou promoção da saúde nos espaços laborais.

O principal eixo norteador do Programa Prevenir é identificar estratégias de promoção de saúde adequadas à população nos locais de trabalho. Os grupos de risco para doenças crônicas passíveis de intervenção, sabidamente custo-efetivas, também são foco do Programa, com vistas a disponibilizar essas ações no próprio local de trabalho do servidor; isto não só aumenta o acesso de seus usuários, ao permitir que o funcionário não tenha necessidade de se ausentar de seu local de trabalho, como também visa uma maior adesão ao programa. [45]

O Programa Prevenir busca “entender” o servidor holisticamente dentro do seu contexto de trabalho e de vida, para que os resultados sejam sustentáveis, considerando que a maioria dos procedimentos traz como benefício mudanças de comportamento e de hábitos dos servidores. Para isso, é importante a participação ativa dos servidores e da sua comunidade com a equipe envolvida, em todos os momentos do processo. [45]

Figura 1: Logo do programa Prevenir do IAMSPE, SP, 1998.

Figura 2: Atividades Qualivida, SAA, SP, 2001.



1.4.1 O Programa Qualivida

Em 8 de junho de 1998, foi oficializada a participação da Secretaria de Agricultura e Abastecimento (SAA) na composição da Comissão Inter-Secretarias, coordenada pelo Serviço de Medicina Social do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), no Programa Prevenir, junto aos funcionários públicos estaduais.[45]

O Programa Prevenir tem por objetivo implementar ações de medicina preventiva e de promoção à saúde com melhoria da qualidade de vida do usuário. A primeira etapa constou da aplicação de um questionário amplo elaborado pela Medicina Social/IAMSPE, enfocando questões de saúde e hábitos alimentares, com o objetivo de conhecer a população do Centro Estadual da Agricultura (CEA). [45]

A partir dos resultados obtidos, a Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (SAA) iniciou, sob supervisão do IAMSPE, uma série de ações, como: implantação de dieta no restaurante, caminhada, pilates e ginástica laboral. A essa proposta de trabalho, uniu os serviços já existentes na sede (por exemplo, o ambulatório médico) e criou outros serviços de acordo com a demanda, como é o caso da acupuntura e da homeopatia. [45]

As ações vinham ocorrendo de forma regular e sistemática, mas sem a elaboração do projeto formal. Em 2000, após uma série de reuniões para reflexão, envolvendo as várias áreas da SAA, o projeto elaborado recebeu a denominação de Qualivida.

1.4.2 Descrição do processo de implantação do Ambulatório de Acupuntura no Programa Qualivida

A ideia de introduzir a acupuntura como parte do Projeto Qualivida partiu do interesse dos próprios funcionários, evidenciando aproximação com as PMH. A visão holística que a Acupuntura utiliza para realizar a prevenção e o tratamento responde aos objetivos do programa Prevenir.

O departamento de assistência social da SAA solicitou à Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA) a inserção da acupuntura no Projeto Qualivida, oferecendo atendimento gratuito aos funcionários da SAA – que, por sua vez, formam uma população de 1.089 funcionários e estagiários que trabalham em diversos departamentos. [45]

Tabela 1: Relação de funcionários e estagiários da SAA em diversos departamentos.

Setor	Funcionários	Estagiários
CODASP - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO AGRÍCOLA DE SÃO PAULO (ECONOMIA MISTA)	50	10
COOPERCERES - COOPERATIVA DE CRÉDITO DOS FUNCIONÁRIOS DAS SECRETARIAS DE AGRICULTURA	4	0
NOSSA CAIXA NOSSO BANCO	10	0
APTA - AGÊNCIA PAULISTA DE TECNOLOGIA DOS AGRONEGÓCIOS	18	2
ASSOCEA - ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES DO CENTRO ESTADUAL DE AGRICULTURA	22	0
SEGURANÇA	30	0
DEPARTAMENTO DE LIMPEZA	34	0
DA - DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO	87	11
IG - INSTITUTO GEOLÓGICO (MEIO AMBIENTE)	101	43
IEA - INSTITUTO DE ECONOMIA AGRÍCOLA	152	24
GSAA - GABINETE DO SECRETÁRIO DE AGRICULTURA E ABASTECIMENTO	166	21
CODEAGRO - COORDENADORIA DOS AGRONEGÓCIOS	224	80
Total 1089	**898**	**191**

Fonte: Secretaria de Agricultura e Abastecimento - SP, 2010.

A acupuntura foi implementada e colocada de maneira pioneira e experimental nesse ambiente laboral articulada à política da AMBA de oferecer atendimentos filantrópicos à população. A experiência, por meio do voluntário, neste tipo de assistência deu oportunidade de implementar a acupuntura dentro da SAA e, a partir daí, futuramente avaliar e qualificar o serviço de acupuntura como sendo viável em ambientes não tradicionais na assistência à saúde.

O prédio da SAA, tratando-se de uma estrutura administrativa, não apresentava instalações físicas adequadas para a assistência através da acupuntura no âmbito ambulatorial. Assim, a estruturação do ambulatório foi o primeiro desafio a ser superado (dificuldade essa, aliás, comum em todos os espaços laborais que normalmente não possuem estrutura física de ambulatório). No caso da SAA, a condição física ficava restrita a uma sala de consultório médico para a realização de consulta clínica. Essa sala era estruturada apenas com uma mesa e três cadeiras para realizar a anamnese e uma maca para o exame clínico. A limitação estrutural traz uma restrição no número de atendimentos, pois, para cada sessão de acupuntura, é necessário que o paciente fique deitado numa maca e com as agulhas inseridas nos pontos do corpo durante pelo menos 20 minutos. Dessa maneira, em 4 horas, o atendimento se restringia a apenas 12 pacientes.

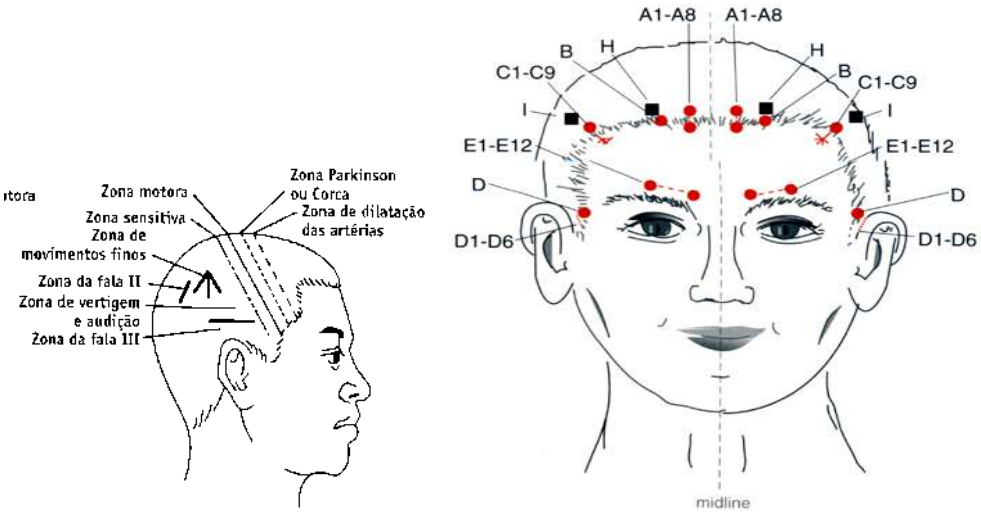
Com o objetivo de contornar as inadequações físicas do ambiente de trabalho sem inviabilizar o início do atendimento ambulatorial dos funcionários da SAA, optou-se pela introdução de uma técnica recém-chegada ao Brasil: a craniopuntura de Yamamoto (YNSA - *Yamamoto New Scalp Acupuncture*). As características dessa técnica é que possibilitaram iniciar as atividades terapêuticas no ambiente laboral.

1.4.3 YNSA (*Yamamoto New Scalp Acupuncture*)

A craniopuntura de Yamamoto, também denominada nova craniopuntura de Yamamoto ou YNSA (do inglês *Yamamoto New Scalp Acupuncture*), foi criada pelo médico anestesiologista japonês Toshikatsu Yamamoto por volta de 1970 e divulgada pela primeira vez na 25ª reunião anual da Sociedade Japonesa de *Ryodoraku*, em Osaka, no Japão, em 1973. Somente em 2000 Yamamoto veio ao Brasil para divulgá-la. [33] Nessa ocasião, ele conheceu o Serviço de Acupuntura do Hospital do Servidor Público Estadual e demonstrou a técnica de maneira voluntária. Os resultados de melhora imediata dos pacientes foram surpreendentes, o que acabou despertando interesse em estudos mais aprofundados sobre a técnica.

É denominada nova craniopuntura, pois foi descrita há apenas cerca de 40 anos e diferencia-se totalmente da craniopuntura clássica da MTC, tendo uma distribuição distinta e única de conjuntos de pontos na cabeça com ação sobre todo o corpo.

Figura 3: Comparação entre a craniopuntura clássica da MTC (esquerda) e nova craniopuntura de Yamamoto, Brasil, 2009.



A principal indicação da YNSA é para o tratamento de dor que acomete todo aparelho cinético, como cervicalgia, dorsalgia, lombalgia, gonalgia, fasceíte plantar, síndrome do túnel do carpo, dor no ombro, epicondilite, etc. Estas são doenças frequentes que ocasionam a licença do trabalhador. [33]

Em 2009, foi realizado um estudo no departamento de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina para avaliar a efetividade da técnica YNSA no tratamento de dor lombar aguda inespecífica e concluiu-se que a acupuntura foi mais efetiva do que o placebo em relação a dor, capacidade funcional e qualidade de vida, além de possibilitar a redução do consumo de anti-inflamatórios. [46]

A YNSA também pode ser utilizada para o tratamento de doenças neurológicas, principalmente as sequelas causadas pelo acidente vascular cerebral (AVC), como a paralisia facial ou motora e a afasia, a paralisia cerebral em crianças e age também nos casos de insônia, ansiedade, depressão, labirintite, cefaléia tensional e enxaqueca. [33]

A técnica é praticada principalmente no Japão, Alemanha, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Argentina e Brasil. [33]

Na YNSA, o diagnóstico é realizado com a anamnese e completado com o exame de pontos situados nos músculos na região cervical e que ficam sensíveis à palpação quando há algum problema. Como essa técnica emprega a introdução de agulhas de acupuntura principalmente na cabeça, ela apresenta várias vantagens: possibilita aos pacientes serem atendidos em um espaço físico menor, que disponha de apenas uma cadeira; o tempo de aplicação é relativamente limitado; pode ser aplicada no próprio ambiente de trabalho ou em outras situações cotidianas das pessoas em geral. Tudo isso viabiliza o atendimento de uma parcela maior de usuários.

Figura 4: Médica realizando a palpação nas mãos da paciente para auxiliar na escolha da lateralidade para realizar o diagnóstico na técnica YNSA*, Brasil, 2009.

* *Yamamoto New Scalp Acupuncture*

A versatilidade dessa técnica, que consiste na aplicação de agulhas no couro cabeludo, permitia a mobilidade total do paciente e podia ser aplicada nas instalações no interior de seu ambiente de trabalho na SAA. Isso possibilitava ao funcionário retornar às suas atividades laborais logo após a aplicação da craniopuntura, cujo sucesso terapêutico também diminuía a abstenção ao trabalho.

Entre os anos 2001 e 2002, a craniopuntura de Yamamoto foi utilizada exclusivamente. Porém, devido à alta resolutividade da técnica, houve uma rápida divulgação entre os funcionários da SAA e a demanda tornou-se crescente. Em consequência disso, houve a formação de uma fila de espera superior a 200 funcionários para o atendimento por acupuntura, o que foi determinante para a melhoria das instalações físicas que possibilitaram a expansão do serviço.

Em fevereiro de 2003, foi inaugurado o Ambulatório de Acupuntura Prof. Dr. Toshikatsu Yamamoto pelo então secretário da Secretaria da Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo, Antônio Duarte Nogueira Junior. O ambulatório ocupava uma área física de 300 metros quadrados e era constituído por 4 consultórios com maca para realização de primeira consulta e 10 salas individualizadas para a realização das sessões de acupuntura. A partir de então, tornou-se possível a realização de acupuntura sistêmica, que consiste na aplicação de agulhas por todo o corpo, conjuntamente com a craniopuntura de Yamamoto. Para a realização da acupuntura sistêmica o ambiente deverá dispor de maca ou camas de apoio, espaços individualizados e maior tempo para aplicação das agulhas.

Figura 5: Sala de atendimento no ambulatório da SAA*, Brasil, 2009.

* Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo

Figura 6: Recepção do ambulatório da SAA*, Brasil, 2009.

* Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo

O atendimento começou em janeiro de 2001 e era realizado por apenas um médico, que iniciou a agenda com 3 pacientes atendendo 1 vez por semana. De 2001 a 2003, o número de atendimentos foi crescendo gradativamente até serem atendidos 20 pacientes em 4 horas/dia, 1 vez por semana. Em 2003, com a inauguração do espaço próprio do ambulatório de acupuntura na SAA, tornou-se possível a ampliação do atendimento em outros dias da semana. Em 2009, o ambulatório já funcionava semanalmente; era composto por uma equipe de 15 médicos e 2 secretárias e realizava uma média de 25 sessões de acupuntura por dia, 3 vezes por semana, totalizando uma média de 300 sessões por mês.

A equipe médica atual é composta por 1 coordenador, 3 monitores e 11 alunos, que utilizam o ambulatório como local de aprendizagem. É importante salientar que todo o trabalho é realizado de forma voluntária.

1.5. JUSTIFICATIVA

Nas ultimas décadas no Brasil, vem ocorrendo uma maior aceitação e busca dos pacientes pelas práticas médicas heterodoxas (PMH) bem como uma crescente tentativa de incorporá-las nas unidades básicas de saúde, que por sua vez, se deparam com uma demanda incompatível com sua capacidade de atendimento.

A implantação de um ambulatório dentro do ambiente de trabalho aproxima os trabalhadores que necessitam de atenção à saúde em nível primário, de alta resolutividade. Constitui-se em uma prática de assistência médica importante para o acesso e adesão ao tratamento por parte dos trabalhadores. Do ponto de vista de sistema de saúde pública, possibilita diminuir a demanda reprimida, assim como dá maior eficácia e eficiência na atenção pública de saúde.

A criação de um ambulatório de acupuntura dentro da SAA ocorreu em circunstância inédita no âmbito das secretarias no Estado de São Paulo, não se encontrando trabalhos semelhantes ou análogos que possibilitassem considerar conhecimentos acumulados sobre essas características de assistência. Dessa forma, estamos realizando um estudo de caso com o objetivo de contribuir com um modelo de atenção concebido através da implementação da Acupuntura/MTC, como prática de medicina heterodoxa (PMH), em organizações públicas e estatais voltadas à saúde do trabalhador.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o serviço realizado pelo Ambulatório de Acupuntura, da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo, na cidade de São Paulo, disponibilizado aos seus funcionários como parte do programa Qualivida, realizado no período de 2001 a 2008.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever as características peculiares ao programa Qualivida da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo,

2. Descrição dos princípios norteadores da MTC e as características peculiares em sua implantação na Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo,

3. Descrição do perfil epidemiológico dos usuários do Ambulatório de Acupuntura, no período de 2001 a 2008,

4. Percepção sobre o estado de saúde informado por 38 usuários do Ambulatório, no ano de 2010.

5. Analisar a pertinência do uso da PMH – Acupuntura em ambientes voltados a servidores públicos no exercício de suas funções.

3. MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de caso realizado no Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (SAA), no período de 2001 a 2008. O estudo de caso pode ser definido como a busca de compreensão aprofundada sobre uma determinada situação particular, específica, denominada "caso". Sua escolha, sem pretensão de generalizações estatísticas, tem por objetivo aprofundar um conhecimento singular sobre determinado fato ou fenômeno, possibilitando estudo de natureza exploratória. Seu delineamento pressupõe estudo bem definido no tempo, na atividade ou no processo de desenvolvimento, em determinadas circunstâncias, utilizando técnicas de coleta de dados como a observação, a entrevista e a análise de documentos. [47,48,49]

3.2 Caracterização do Ambulatório

O Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (SAA) começou em 2001 no mesmo espaço físico do ambulatório de clínica médica da própria Secretaria, com apenas 1 consultório, com 1 mesa, 3 cadeiras e 1 maca, o que dificultava o atendimento de inúmeros pacientes. De 2001 a 2003, o ambulatório funcionava todas as terças-feiras à tarde e utilizava-se exclusivamente a YNSA como técnica terapêutica. Em 2003, com a inauguração do Ambulatório de Acupuntura na SAA, foi montada uma estrutura física de 300 m^2 subdividida em 1 recepção, 2

banheiros, 1 copa, 4 consultórios e 10 salas individuais de acupuntura. Com isso, possibilitou-se a ampliação do atendimento. De 2003 a 2005, o ambulatório funcionava 2 dias na semana, sendo: às terças-feiras (tarde), utilização da YNSA como técnica de tratamento, e aos sábados (manhã), utilização da MTC. De 2005 a 2010, o funcionamento do Ambulatório de Acupuntura passou a ser de 3 vezes por semana: às segundas-feiras (manhã e tarde), terças-feiras (tarde) e sábados (manhã). Nos demais períodos, funcionam a fisioterapia e o relaxamento.

Nas segundas e terças-feiras, os pacientes são atendidos com a técnica YNSA e, no sábado, são submetidos ao tratamento com a técnica sistêmica utilizada na MTC. Inicialmente os pacientes são submetidos a 10 sessões de acupuntura em ambas as técnicas (YNSA ou MTC), realizadas 1 vez por semana durante 20 a 30 minutos por sessão. Em cada dia da semana, utiliza-se exclusivamente uma das técnicas. Após o término desse conjunto de sessões, os pacientes são reavaliados no sentido de se determinar a necessidade da continuidade do tratamento ou a alta ambulatorial. Alguns pacientes apresentavam a remissão ou melhora dos sintomas ou de sua doença antes da finalização do número de sessões previamente estipuladas e recebiam alta mesmo não atingindo as 10 sessões.

Um outro grupo de pacientes fazia de 11 a 15 sessões e essa ampliação do número de sessões era determinada pelo médico que percebia a necessidade de estender o tratamento devido a não-remissão total dos sintomas. Se após 15 sessões o paciente continuava com os mesmos sintomas, era permitida a continuação do tratamento até o limite máximo de 30 sessões.

3.3 População de Estudo

A população de estudo é composta pelos pacientes que foram atendidos no Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (SAA) no período de 2001 a 2008.

Para facilitar a análise dos dados nessa pesquisa, os pacientes foram divididos em 2 grupos:

a) Funcionários da SAA
b) Não-funcionários da SAA, englobando pacientes familiares dos funcionários e da comunidade.

As pessoas da comunidade interessadas na acupuntura como terapêutica tomam conhecimento da existência do ambulatório e da possibilidade de tratamento através de meios de comunicação habituais, tais como: publicação de alguma reportagem sobre acupuntura numa revista, rádio, televisão ou internet. Os pacientes acabam por contatar a Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA), que os direciona a obterem informações no departamento de assistência social da SAA. Todos os pacientes da comunidade seguem esse caminho.

Os funcionários da SAA tomam conhecimento do Ambulatório de Acupuntura através da divulgação interna do projeto Qualivida ou quando um paciente já submetido a um tratamento o recomenda a um colega.

O departamento social da SAA organiza o fluxo de pacientes que serão submetidos ao tratamento. A triagem segue a ordem de inscrição, na qual o nome do futuro paciente permanece numa lista de espera; à medida que se abre uma vaga no ambulatório (após alta ambulatorial, desistência do tratamento e aumento de vagas de atendimento), a assistente social entra em contato com o paciente, via telefone ou via e-mail, para convocá-lo a iniciar o tratamento no dia em que houve a abertura de vaga. Em alguns casos, quando o paciente apresenta dor moderada a intensa, de caráter agudo, indicando uma gravidade maior do problema, ele é instantaneamente inserido no programa.

3.4 Fonte de Dados

Utilizamos 2 instrumentos para realizar a avaliação do trabalho desenvolvido no ambulatório.

O primeiro instrumento utilizado foi o registro dos prontuários dos pacientes que possuem uma ficha clínica padrão (Anexo I). A análise desses dados permitiu a construção do perfil dos pacientes atendidos no ambulatório no período de 2001 a 2008.

O segundo instrumento utilizado foi um questionário para avaliar a percepção sobre as condições de saúde informada pelo próprio paciente (Anexo II), aplicado em 38 funcionários, homens e mulheres, usuários do Ambulatório, escolhidos aleatoriamente. Constituído de 20 perguntas fechadas com múltipla escolha e semiabertas, o questionário era respondido pelos pacientes após orientação, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

3.5 Variáveis do estudo

Para o estudo dos pacientes foram selecionadas as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, ocupação, religião, raça, queixa principal, número de sessões realizadas, emoções predominantes, preferência e necessidade de determinado sabor e a localização da alteração da língua no exame da inspeção.

3.6 Procedimento e análise do banco de dados

As informações foram extraídas dos prontuários e digitadas em computador utilizando o EPIDATA, versão 3.0, e o banco de dados constituído foi transportado para o STATA, versão 11.0, para a análise.

Após a verificação de consistência dos dados, foram realizadas análises descritivas com os resultados sendo apresentados na forma de tabelas e gráficos. Para identificação de possíveis associações entre as variáveis categóricas foi usado o teste de Chi-quadrado ou Exato de Fisher, quando apropriado.

3.7 Critérios de Inclusão

Todos os prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Acupuntura no período de 2001 a 2008 foram incluídos no estudo.

38 pacientes foram escolhidos aleatoriamente para responder o questionário do segundo instrumento.

3.8 Procedimentos Éticos

A participação dos pacientes foi voluntária. Estes foram convidados a participar da pesquisa através do preenchimento dos questionários (Anexo II).

Os questionários foram aplicados no próprio ambulatório e foi assegurada aos pacientes a liberdade de aceitarem, ou não, participar da pesquisa, ressaltando-lhes que isto não implicaria qualquer prejuízo para eles. Foram informados também de que lhes seria garantido o sigilo absoluto sobre a fonte das informações.

Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), que foi lido previamente, conforme exige o documento do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96) "Normas de pesquisa envolvendo seres humanos" (Resolução n°. 196 do Ministério da Saúde, 1996).

O projeto de dissertação foi apreciado e aprovado na Comissão de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (protocolo n°. 1923) e aprovado também pelo Comitê de Ética da Secretaria da Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

Com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, realizou-se análise dos prontuários ali arquivados, considerando-os sob diversos prismas, com o objetivo de detectar se existem ou não correlações significativas entre os parâmetros mais importantes aí observados.

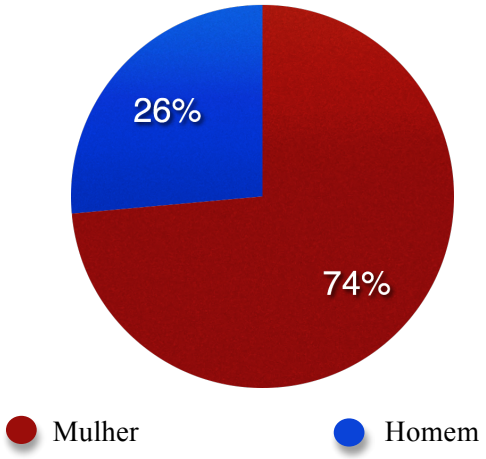
Algumas dessas correlações, levantadas como hipótese e em seguida investigadas, foram, por exemplo: se a faixa etária tem correlação com a queixa principal ou se tem correlação com o número de sessões realizadas; ou ainda se o tipo de ocupação do paciente influencia no tipo da queixa principal.

Para a definição do perfil epidemiológico dos pacientes da SAA, os parâmetros selecionados a partir dos prontuários foram: sexo, idade, raça, religião, estado civil e ocupação.

4.1. Perfil Epidemiológico

No primeiro parâmetro, relativo ao **sexo dos pacientes**, observou-se que, de um total de 314 prontuários de 2001 a 2008 analisados (Gráfico 1), observou que 74% (231) eram de mulheres e 26% (83) eram de homens.

Gráfico 1: Distribuição dos pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo o sexo (ano de 2001 a 2008).



Observa-se na distribuição que 32% dos pacientes se encontram entre 46 a 60 anos, seguidos dos pacientes entre 31 a 45 anos de idade, que são 29%. Com menos de trinta anos, encontram-se 13%, e na faixa etária superior aos 61 anos, 6%. Ocorreu uma perda de resposta (NR) de 20%. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Distribuição dos pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo a idade. (ano 2001 a 2008)

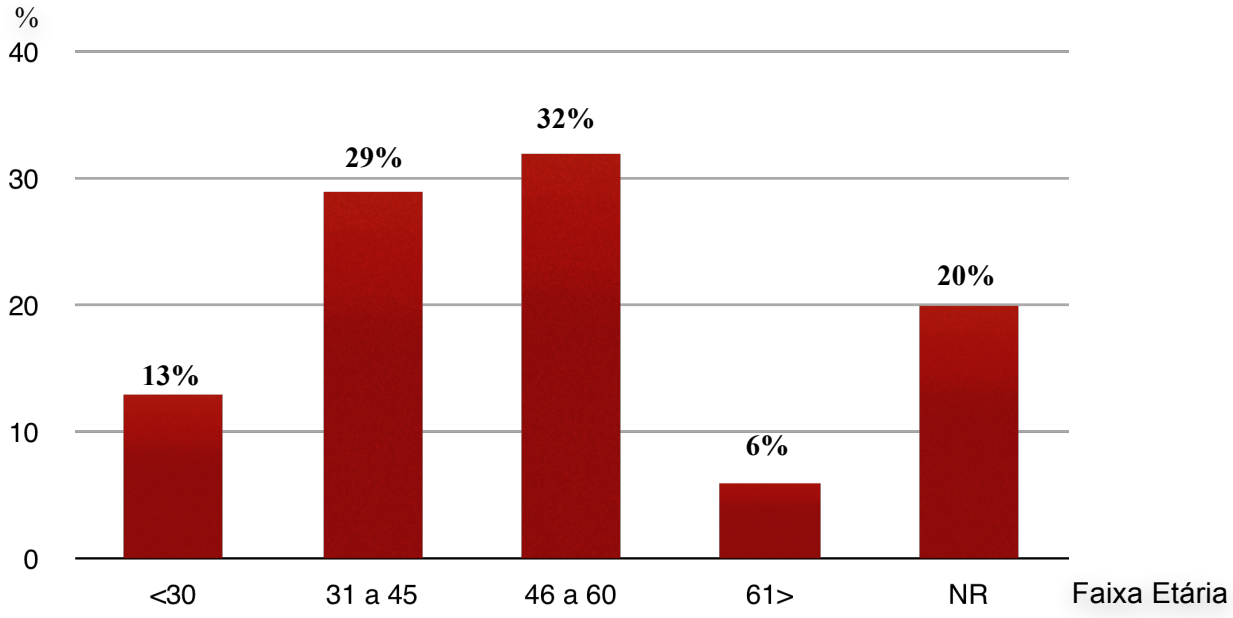


Tabela 2: Distribuição dos pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo sexo, faixa etária, estado civil, etnia, religião, ocupação e número de sessão. (ano 2001 a 2008).

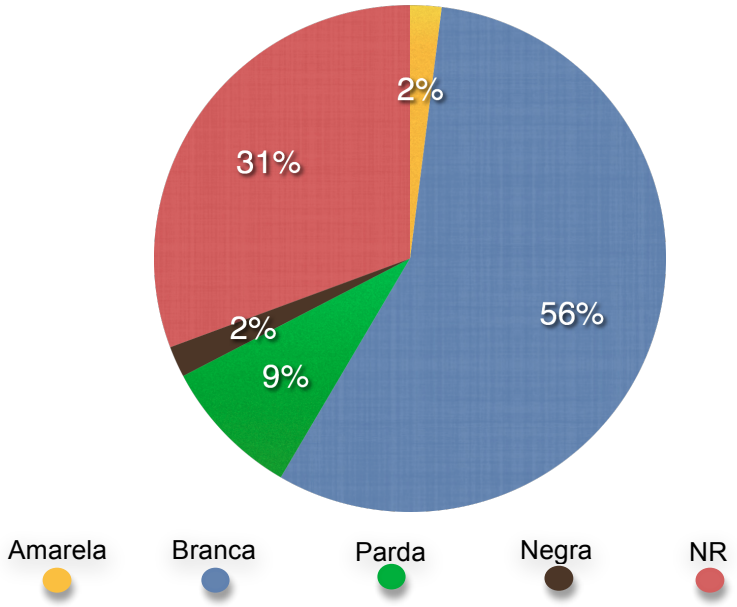
Variáveis	**Mulher**		**Homem**		
Faixa Etária	**N**	**%**	**N**	**%**	**P**
< 30 anos	32	14	10	12	0,018*
31 a 45 anos	77	33	14	17	
46 a 60 anos	71	31	28	34	
> 60 anos	12	5	7	8	
NR	39	17	24	29	
Total	231	100	83	100	
Estado Civil					
casado(a)	89	39	38	46	0,018*
divorciado(a)	21	9	2	2	
solteiro(a)	72	31	21	25	
viúvo(a)	14	6	1	1	
NR	35	15	21	25	
Total	231	100	83	100	
Etnia					
amarela	2	1	4	5	0,054
branca	133	58	46	55	
negra	5	2	1	1	
parda	24	10	3	4	
NR	67	29	29	35	
Total	231	100	83	100	
Religião					
budista	5	2	1	1	0,036*
católica	105	45	32	39	
espírita	29	13	4	5	
evangélica	16	7	3	4	
messiânica	1	0	0	0	
não praticante	1	0	0	0	
NR	74	32	43	52	
Total	231	100	83	100	
Ocupação					
I	121	52	30	36	0,001*
II	23	10	14	17	
III	35	15	16	19	
IV	20	9	1	1	
NR	32	14	22	27	
Total	231	100	83	100	
Nº sessões					
1 a 10	103	45	36	43	0,006*
11 a 15	47	20	12	14	
mais de 16	47	20	9	11	
NR	34	15	26	31	
Total	**231**	**100**	**83**	**100**	

* $p<0,05$ pelo teste qui-quadrado ou de Fisher quando qui-quadrado não for adequado

Utilizando o teste Qui-quadrado de *Pearson* ou de *Fisher*, observou-se que o **sexo** é uma variável importante na explicação da faixa etária, estado civil, etnia, religião, ocupação e número de sessões com $p<0,05$. (Tabela 2)

Em relação à **etnia**, observa-se a predominância da cor de pele branca (56%). Em segundo lugar, vem o registro da cor de pele parda (9%) e, sem diferenciação, as cores de pele negra e amarela (2% cada uma). Há que se ressaltar elevada porcentagem (31%) sem identificação (NR) (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribuição dos pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo a etnia. (ano de 2001 a 2008)**

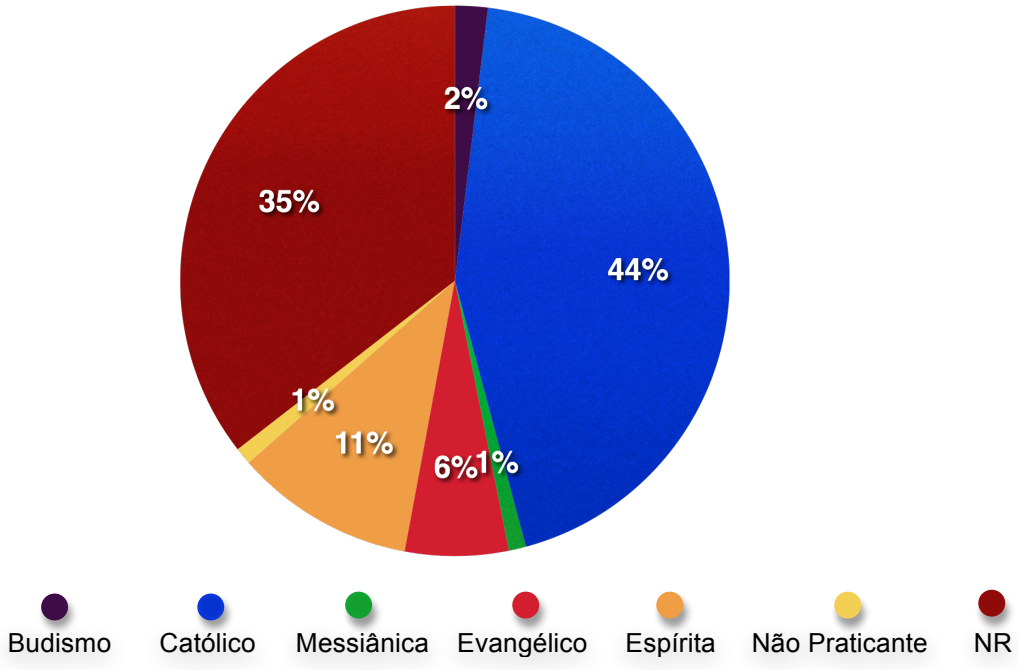


** A identificação da cor da pele é registrada pelo profissional de saúde e não por autodenominação.

Na **correlação de sexo e estado civil**, foram classificados em cinco tipos: casado, divorciado, solteiro, viúvo e NR. Em relação aos respectivos totais acima, 39% das mulheres eram casadas e 46% dos homens eram casados. Dentro do mesmo critério, 31% das mulheres eram solteiras e 25% dos homens eram solteiros. A porcentagem de mulheres divorciadas ficava na casa de 9% e a de viúvas, 6%. Por sua vez, a porcentagem de homens divorciados era de 2% e a de viúvos, apenas 1%. O NR foi de 18% (Tabela 2).

Em relação à **religião**, dos 314 prontuários, apenas 197 (65%) puderam ser analisados (NR=117 – 35%) .Observou-se haver um forte predomínio de pacientes católicos (44%), seguidos por espíritas (11%), evangélicos (6%) e budistas (2%); messiânicos e não praticantes ficaram, cada um, com apenas 1%. Pode-se considerar natural essa constatação de predomínio de católicos, pois o estudo foi realizado no Brasil, que é um país onde há forte presença do catolicismo (Gráfico 4).

Gráfico 4: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo religião (ano 2001 a 2008).



4.2 Período do tratamento, faixa etária e ocupação

Quanto ao **número de sessões de acupuntura**, foram estipuladas para cada paciente do Ambulatório de Acupuntura 10 sessões iniciais, realizadas uma vez por semana. Os que recebem alta no final desse período de tratamento podem retornar após uma pausa mínima de 2 meses; outros continuam até completar 15 sessões e outros ainda, após serem reavaliados pelo médico em razão da gravidade da doença, continuam o tratamento até que se observe a estabilidade emocional, corpórea e de dor. Observou-se que 44% dos pacientes realizaram de 1 a 10 sessões, 19% realizaram de 11 a 15 sessões, 18%, mais de 16 sessões e NR de 19% (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo o número de sessões realizadas (ano 2001 a 2008).

Número de sessões	N	%
1 a 10	139	44
11 a 15	59	19
mais de 16	56	18
NR	60	19
Total	**314**	**100**

Ao comparar **o número de sessões de acupuntura** e a **faixa etária**, observa-se que pacientes com menor faixa etária necessitaram de um número menor de sessões de acupuntura. (Tabela 4)

Tabela 4: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo segundo o número de sessões realizadas e a faixa etária (ano de 2001 a 2008).

N Sessões	**1 a 10**		**11 a 15**		**>16**		**NR**		**Total**
Faixa Etária	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**
< 30 anos	21	15	10	17	2	4	0	0	33
31 a 45 anos	37	27	17	29	25	45	0	0	79
46 a 60 anos	41	29	16	27	20	36	0	0	77
> 61 anos	9	6	8	14	2	4	0	0	19
NR	31	22	8	14	7	13	60	100	106
Total	**139**	100	**59**	100	**56**	100	**60**	100	**314**

A ocupação que cada paciente exerce foi categorizada a partir do tipo de esforço que ele realiza no seu dia a dia de trabalho com o objetivo de estabelecer relação do tipo de ocupação com a queixa principal.

Foi considerada a ocupação do indivíduo no trabalho e o esforço que cada um faz para realizá-la e, a partir daí, as atividades foram categorizadas. A principal queixa para cujo tratamento o paciente procura a acupuntura é a dor, que pode ou não ter como causa a ocupação que ele exerce. A categorização do trabalhador considerou desde os que trabalham dentro de escritórios, com esforço físico pequeno e esforço mental elevado, até os que realizam esforço braçal mais intenso.

Com base nos grandes grupos ocupacionais listados no anuário de qualificação profissional de 2007 do Ministério do Trabalho, os pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA foram divididos em diversas categorias. Cada uma delas agrupou os indivíduos cujos esforços físicos e motores são semelhantes àquele exigido do corpo na execução do próprio trabalho.

Foram definidas quatro categorias de pacientes segundo a natureza do trabalho que cada um executa: 1. Trabalhadores de serviço administrativo; 2. Trabalhadores em serviços de reparação, manutenção e gerais; 3. Profissionais de pesquisa; e 4. Demais profissionais

Na primeira categoria, a dos **trabalhadores de serviço administrativo (grupo I)**, as características do esforço físico são as seguintes: esses indivíduos ficam sentados por longo período em frente do computador, mexem com papéis, atendem telefone, o que se traduz em baixa exigência de esforço físico e elevada atividade mental. Estão nesse grupo, por exemplo: agente e auxiliar administrativo, agrônomo, profissional da área de finanças, assessor técnico de gabinete, assistente social, assistente técnica de RH, assistente técnico de direção, atendente, bibliotecária e auxiliar de biblioteca, bancária, diretores, economistas, engenheiros, escriturários, estagiários, estudante, funcionário público, nutricionista, secretária, telefonista e webdesigner.

Na segunda categoria, a dos **trabalhadores em serviços de reparação, manutenção e gerais (grupo II)**, o esforço físico mais característico e predominante é aquele relativo à parte corporal. Integram esse grupo: ajudante e auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços, cabeleireira, diretor de manutenção, profissionais do lar, encarregada de limpeza, estoquista, manicure, profissional de manutenção, motorista e oficial gráfico.

Na terceira categoria, à qual pertencem os **profissionais de pesquisa (grupo III)**, estão aqueles que realizam trabalhos de campo e produzem relatórios; a exigência física que têm é moderada, porém maior que a dos trabalhadores administrativos, e ao mesmo tempo passam parte do tempo desenvolvendo relatórios dos trabalhos realizados.

Na quarta categoria, a dos **demais profissionais (grupo IV)**, os esforços físicos não são elevados e eles não realizam serviços administrativos. Integram esse grupo: auxiliar de enfermagem, enfermeira, veterinária (o) e professor(a).

Nesse estudo, por ser realizado dentro da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo, que é uma secretaria de característica administrativa, os **trabalhadores de serviço administrativo (grupo I)** predominaram (48%) em relação aos outros grupos (Gráfico 5). São trabalhadores que por longos períodos ficam sentados na frente do computador e acabam desenvolvendo posturas viciadas; possuem moderada exigência física e têm elevada atividade mental devido às tensões e pressões geradas pelo trabalho.

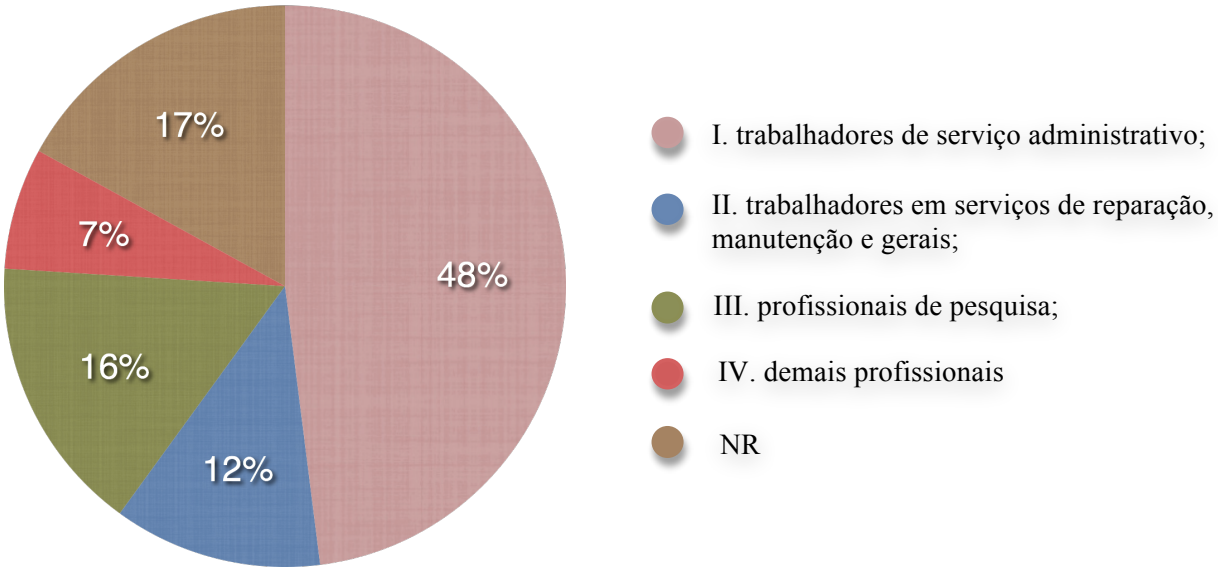
Normalmente imagina-se que as pessoas que fazem esforço físico bruto e maiores esforços braçais são as que desenvolvem mais sintomas de dor. No entanto, as pessoas que trabalham em escritório acabam desenvolvendo outros sintomas, como pernas inchadas, dores no quadril; cite-se ainda o caso típico da telefonista, que acaba sentindo dor na coluna cervical no lado que apoia o telefone, ficando com o ombro diferenciado e mais dolorido.

A porcentagem dos pacientes que são **trabalhadores em serviços de reparação, manutenção e gerais (grupo II)**, que realizam esforço físico maior, com maior exigência da parte corporal, é de 12%.

É de 16% a de **profissionais de pesquisa (grupo III)**, que realizam trabalhos de campo de pesquisa e possuem exigência física moderada (maior que a do grupo I e menor que a do grupo II) e também passam uma parte do tempo utilizando computadores para desenvolver relatórios de pesquisa.

Os profissionais do **grupo IV** (7%) realizam menor esforço físico, se comparados com os do grupo II, e não realizam serviços administrativos.

Gráfico 5: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA de São Paulo, segundo a ocupação (ano 2001 a 2008).



4.3 - Análise da Ficha Clínica

A ficha clínica da anamnese do ambulatório é preenchida na primeira consulta. O primeiro item que foi estudado refere-se à queixa principal do paciente, aquela que foi o motivo da procura pelo atendimento no Ambulatório de Acupuntura. Como as queixas são diversas e misturam sinais, sintomas e doenças, pois são relatadas pelo próprio paciente, as queixas principais foram categorizadas em:

1. **Doenças ou sintomas de dor**

a) Dor de cabeça: nesse grupo foram reunidas todas as queixas ou doenças que o paciente referia como sintoma de dor na cabeça, registrada pelo profissional de saúde como: cefaléia, cefaléia frontal, temporal, occipital ou de ápice, enxaqueca, dor de cabeça, sinusite e cefaléia catamenial.

b) Dor na coluna vertebral: nesse grupo foram agrupadas todas as queixas que envolviam o comprometimento da coluna vertebral, como, por exemplo: dor cervical, dor na coluna, dor nas costas, dor no pescoço, hérnia discal, cervicalgia, dorsalgia, lombalgia e lombociatalgia.

c) Dores nos membros superiores: nesse grupo reuniram-se todas as queixas e doenças que geravam dores nos membros superiores, como, por exemplo: dor no ombro, ombralgia, tendinite nos braços e mãos, síndrome do túnel do carpo, epicondilite, dor no cotovelo, dor no punho e na mão.

d) Dores nos membros inferiores: nesse grupo reuniram-se todas as queixas e doenças que geravam dores nos membros inferiores, como, por exemplo: dor glútea, dor em membro inferior, dor na perna e no pé, gonalgia, dor no joelho, artrose de joelho, ciatalgia, dor ciática, dor crônica no quadril, dificuldade de sentar e torção frequente dos tornozelos.

e) Dores generalizadas: nesse grupo reuniram-se todas as queixas de pacientes que referem dor no corpo todo com dores generalizadas pelo corpo.

2. **Doenças ou sintomas emocionais**

Todos os sintomas, sinais e doenças relacionados com a parte emocional foram categorizados nesse grupo, como, por exemplo: ansiedade, preocupação, tensão, *stress*, raiva, insegurança, pânico, medo, agitação, irritabilidade, nervosismo, depressão, insônia, melancolia, desânimo e tristeza.

3. **Doenças ou sintomas neurológicos**

Todos os sintomas, sinais e doenças relacionados com a parte neurológica foram categorizados nesse grupo, como, por exemplo: afasia, dificuldade para falar, parestesia, hemiplegia, dormência, déficit visual e perda da coordenação motora.

4. **Doenças ou sintomas clínicos**

Todos os sintomas, sinais e doenças relacionados com a parte clínica foram categorizados nesse grupo, como, por exemplo: cansaço, alergia, arritmia, rinite, tosse, psoríase, herpes simples, aumento da pressão, hipertensão, gastrite nervosa, dislipidemia, varizes, diabetes e obesidade.

5. **Doenças ou sintomas ginecológicos**

Todos os sintomas, sinais e doenças relacionados com a parte ginecológica foram categorizados nesse grupo, como, por exemplo: ovários policísticos, mioma e tensão pré-menstrual.

6. **Comportamental**

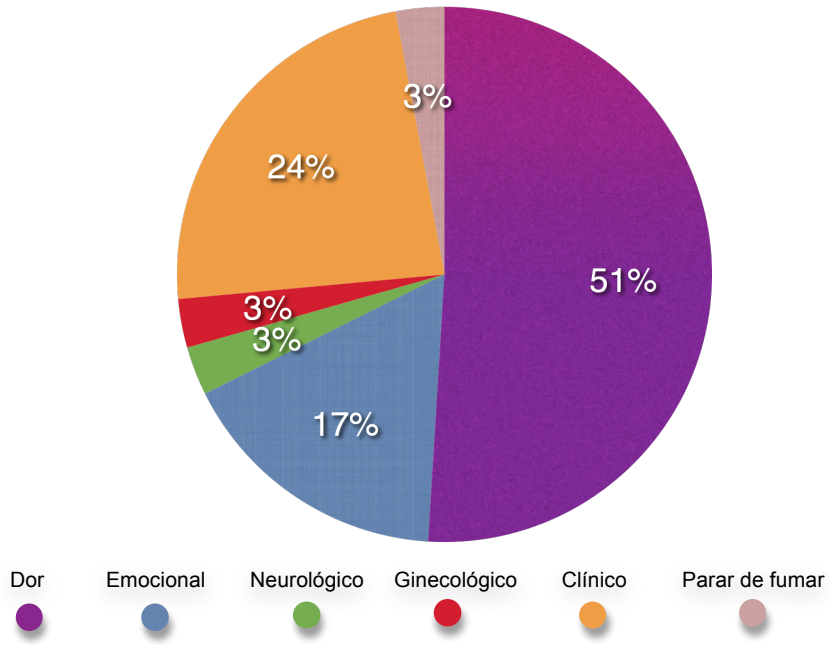
Um grupo de pacientes procurou o tratamento de acupuntura com o objetivo de interromper o hábito de fumar. Como essa queixa não se enquadrava nos grupos anteriores, foi criado esse grupo, nomeado de comportamental.

Observamos que houve 459 queixas principais em 314 prontuários, o que significa que alguns pacientes apresentavam mais de uma queixa inicial. Cada queixa foi considerada um sintoma ou uma doença.

Dentre as doenças ou sintomas que levaram o paciente a procurar o tratamento pela Acupuntura, através de parâmetros clínicos ocidentais, a **dor** é a principal queixa. De fato, 51% (234) dos pacientes apresentavam alguma dor como queixa inicial. (Gráfico 6)

A segunda queixa foram as doenças ou sintomas **clínicos**, com 24% (108) dos pacientes. Vieram em seguida 17% (78) com doenças ou sintomas **emocionais**, 3% (14) com doenças ou sintomas **ginecológicos** e 3% (12) com doenças ou sintomas **neurológicos**; 3% (13 pacientes) procuraram a acupuntura para **parar de fumar**. (Gráfico 6)

Gráfico 6: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a queixa principal. (ano de 2001 a 2008)



A principal queixa de dor, dos 234 (51%) pacientes que referiram dor, está relacionada ao comprometimento da coluna vertebral, com 37% dos pacientes; a segunda dor mais frequente são as dores nos membros superiores, com 23%, vindo em seguida as dores de cabeça, com 21%, as dores nos membros inferiores, com 17%, e as dores generalizadas, com apenas 2% dos pacientes (Tabela 5).

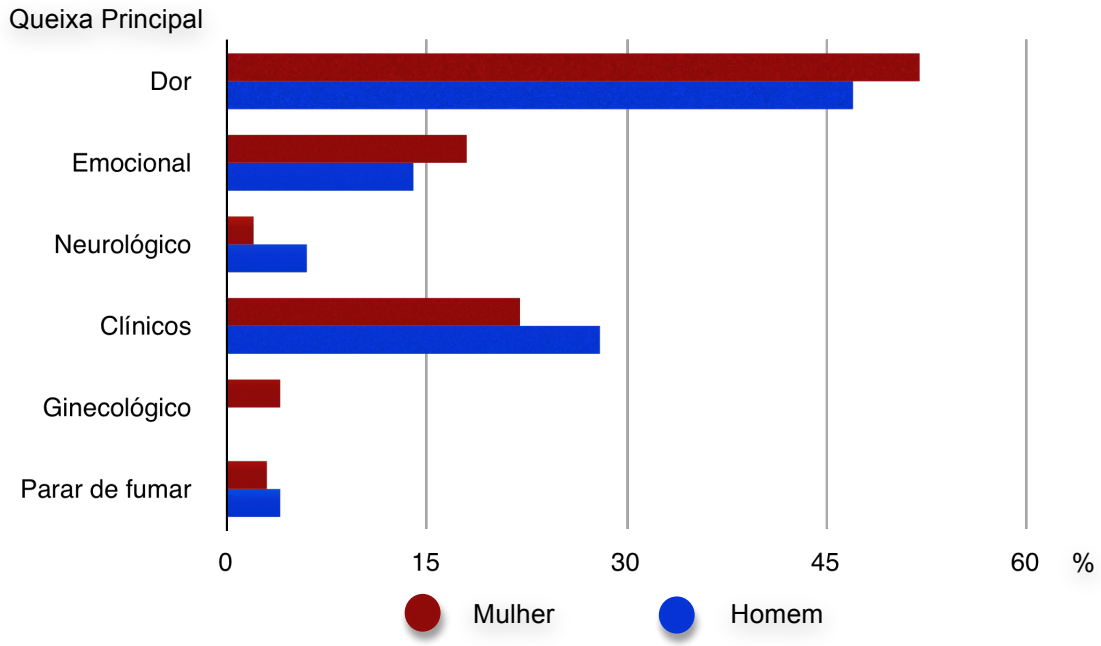
Tabela 5: Distribuição de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a queixa principal dor (ano de 2001 a 2008).

Queixa Principal	**N**	**%**
Dor de cabeça	50	21
Dor coluna vertebral	86	37
Dor membros superiores	55	23
Dor membros inferiores	39	17
Dor generalizada	4	2
Total	**234***	**100**

*N=234 (51%) número total de pacientes com queixas de dor

Ao relacionarmos a queixa principal ao sexo, observa-se que os homens (47%) e as mulheres (52%) apresentam a dor como queixa principal. A segunda queixa mais importante, em ambos os sexos, são as doenças ou sintomas clínicos (H = 28%; M = 22%). A terceira queixa está relacionado com a parte emocional (H = 14%; M = 18%). (Gráfico 7).

Gráfico 7: Comparativos de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA segundo a queixa principal e o sexo (ano de 2001 a 2008).



Em relação à dor, tanto os homens (47%) como as mulheres (34%) apresentam as dores de coluna vertebral como a principal queixa de dor. Em seguida vêm as dores nos membros superiores (21% nos homens e 24% nas mulheres), as cefaléias (17% nos homens e 22% nas mulheres) e as dores nos membros inferiores (15% nos homens e 17% nas mulheres); houve poucas referências a dores generalizadas (apenas 2% nas mulheres) (Tabela 6).

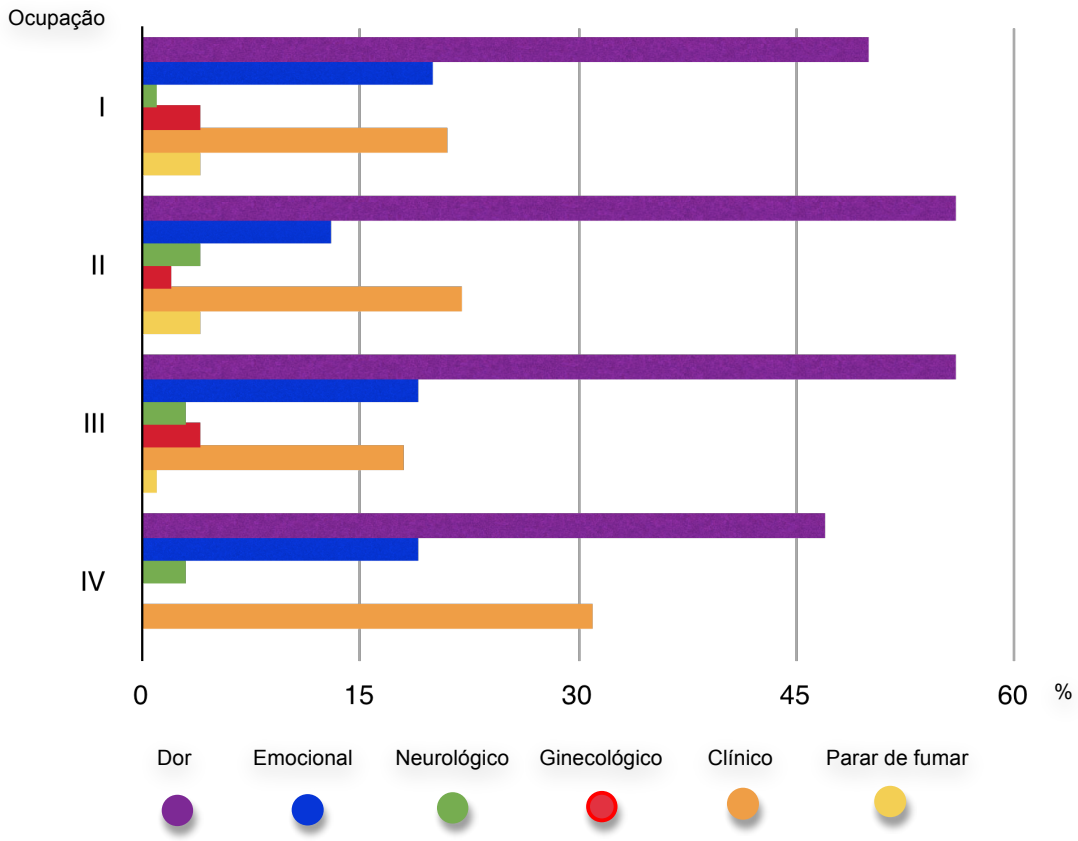
Tabela 6: Comparativo de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA segundo a queixa principal dor e o sexo (ano de 2001 a 2008).

	Mulher		Homem		Total	
Queixa Principal	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Cefaléia	42	22	8	17	50	21
Dor coluna vertebral	64	34	22	47	86	37
Dor membros superiores	45	24	10	21	55	24
Dor membros inferiores	32	17	7	15	39	17
Dor generalizada	4	2	0	0	4	2
Total	**187**	**100**	**47**	**100**	**234**	**100**

Nas quatro categorias de ocupação (I, II, III e IV), considerando o total de 314 prontuários, a queixa principal é a dor, com 51%. Em segundo lugar, vêm as doenças ou sintomas clínicos, com 21% das queixas, e em terceiro as doenças ou sintomas emocionais, com 19%. Com porcentagens bem menores, vêm em seguida as doenças ou sintomas ginecológicos (3% das queixas), o comportamental (3%) e as doenças ou sintomas clínicos (2%) (Gráfico 8).

É interessante observar o que ocorre em algumas categorias em relação às demais. A categoria II (trabalhadores em serviços de reparação, manutenção e gerais), por exemplo, apresenta porcentagem de sintomas emocionais bem menores (13%) que a média geral acima. Por sua vez, na categoria IV (demais profissionais), a incidência de sintomas clínicos é bem superior (31%) à média e não há sintomas relatados tanto em relação a sintomas ginecológicos quanto ao comportamental.

Gráfico 8: Comparativo de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA segundo a queixa principal e a ocupação (ano de 2001 a 2008).

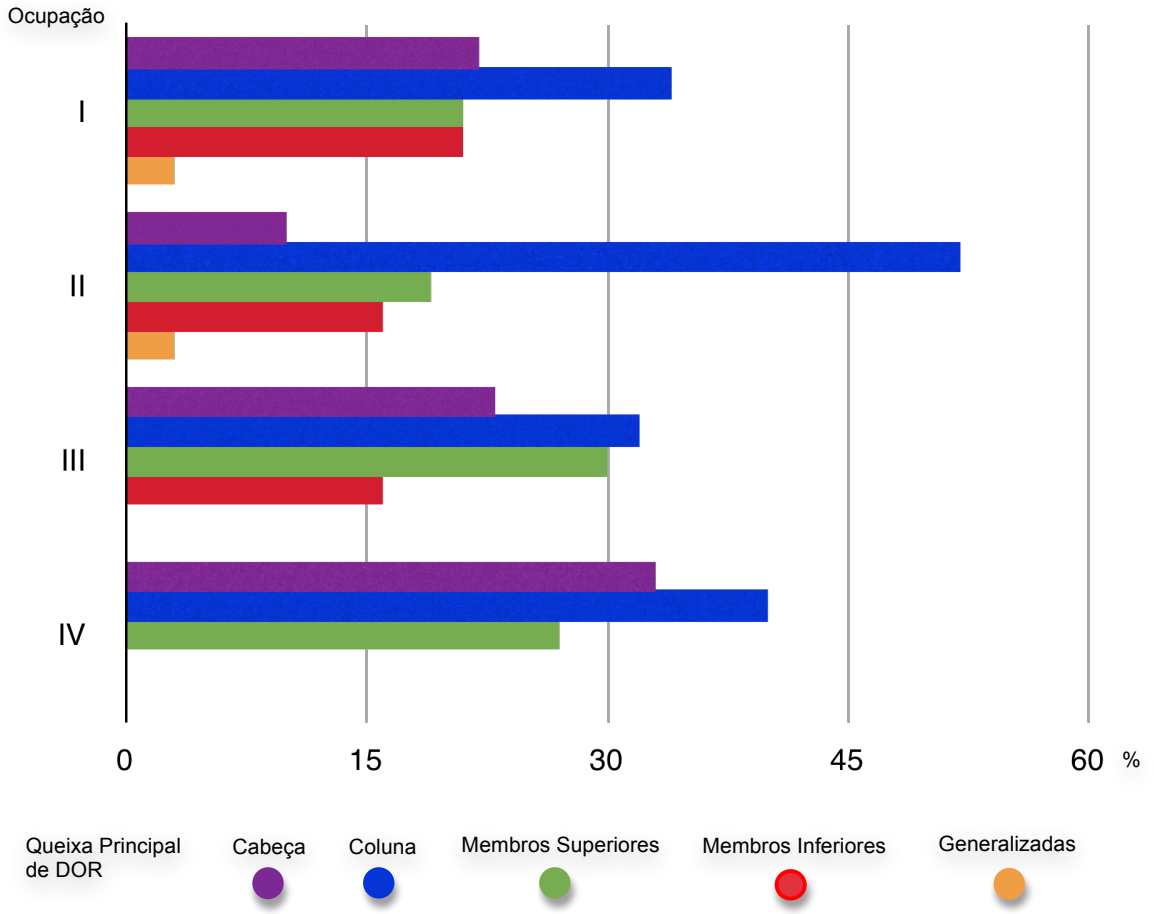


I. trabalhadores de serviço administrativo;
II. trabalhadores em serviços de reparação, manutenção e gerais;
III. profissionais de pesquisa;
IV. demais profissionais

Nas diversas manifestações de dor, observa-se, em relação às quatro categorias de ocupação (I, II, III e IV), que a dor na coluna vertebral é a mais relevante (37%). Em seguida, vêm a dor nos membros superiores (23%), a dor de cabeça (21%), a dor nos membros inferiores (17%) e, bem abaixo, a dor generalizada (2%) (Gráfico 9).

É interessante observar, na categoria II, que a dor de cabeça (10%) fica em menos da metade da média geral das quatro categorias, ao passo que a dor na coluna vertebral (52%) é bem superior à respectiva média geral.

Gráfico 9: Comparativo de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a queixa principal dor e a ocupação (ano de 2001 a 2008).



I. trabalhadores de serviço administrativo;
II. trabalhadores em serviços de reparação, manutenção e gerais;
III. profissionais de pesquisa;
IV. demais profissionais

Nessa primeira etapa de apresentação de resultados, mostramos as características epidemiológicas da população do ambulatório da SAA. Em seguida, analisamos alguns dados importantes contidos na ficha clínica da anamnese da MTC do ambulatório. Esta análise tem por finalidade mostrar que a MTC possui uma racionalidade médica que leva em consideração no diagnóstico e terapêutica um conjunto de significados simbólicos e metáforas, de natureza subjetiva e emocional, no âmbito da pessoa a ser assistida pelo profissional de saúde que segue os princípios da MTC.

No ambulatório da SAA, dos 314 prontuários, 160 (50%) realizaram o tratamento de acupuntura através da técnica YNSA (*Yamamoto New Scalp Acupuncture*), 125 (39%) fizeram o tratamento pela Medicina Tradicional Chinesa e 29 (11%) empregaram as duas técnicas de tratamento.

Realizou-se a análise dos dados contidos nos prontuários do ambulatório e observaram-se algumas relações importantes com base na teoria da MTC.

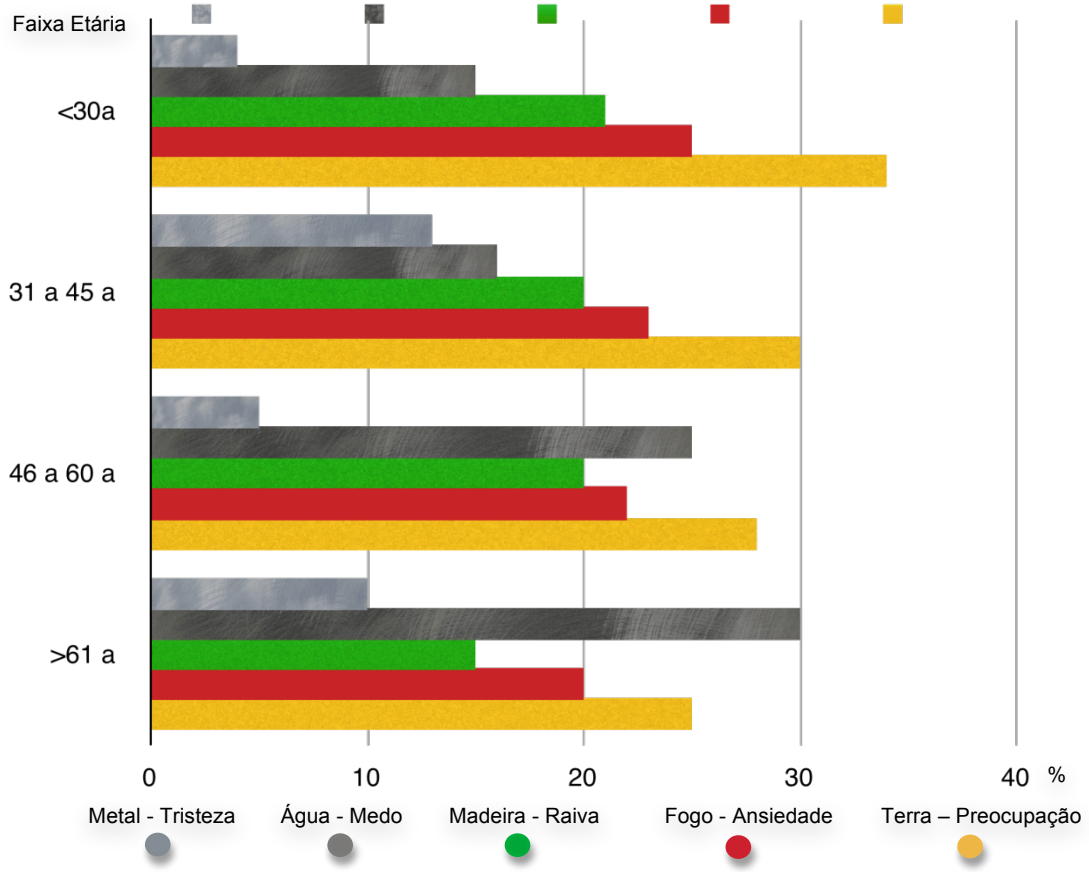
No processo de diagnóstico e terapêutica da MTC é utilizada a Teoria dos Cinco Elementos (METAL – ÁGUA – MADEIRA – FOGO – TERRA) que possui sua própria lógica e racionalidade, mas que pode ser articulada e complementada com a racionalidade da medicina ocidental.[10,16,18] A contribuição das duas medicinas é utilizada no Ambulatório da SAA.

A MTC descreve que a **emoção** é um dos fatores etiológicos de adoecimento mais importantes e gera desequilíbrio no corpo, sendo que, segundo a Teoria dos Cinco Elementos, para cada elemento corresponde um conjunto de sentimentos. [10, 16,18]

Por exemplo, as emoções relacionadas ao elemento METAL (Pulmão e Intestino Grosso) são a tristeza, a mágoa ou a solidão. O sentimento de medo, insegurança, pânico, desânimo e *stress* está relacionado ao elemento ÁGUA (Rim e Bexiga). A raiva, a irritação e a frustração são emoções que alteram o elemento MADEIRA (Fígado e Vesícula Biliar). A alegria excessiva, a ansiedade, a impaciência e a angústia são os sentimentos patológicos relacionados ao elemento FOGO (Coração e Intestino Delgado). O sentimento de preocupação e os pensamentos excessivos podem desequilibrar o Baço-Pâncreas e o Estômago, que correspondem ao elemento TERRA.[10,16,18]

Ao analisarmos os sentimentos predominantes em relação à idade, podemos observar que o sentimento de *preocupação*, relacionado ao elemento TERRA, predomina na faixa etária < 30 anos, com 35% dos casos; na faixa etária de 31 a 45 anos, fica com 30% e na de 46 a 60 anos, com 28%. Nas faixas etárias <30 anos e de 31 a 45 anos, a *ansiedade* é o segundo sentimento, com 26% e 23%, respectivamente. É interessante ainda observar que, no grupo de 46 a 60 anos, o sentimento relacionado ao elemento ÁGUA, que é o de *medo* e *insegurança*, passa a ser o segundo mais importante, com 25% dos pacientes. E no último grupo, >60 anos, o sentimento de *medo* e *insegurança*, com 30% dos casos, supera o sentimento de *preocupação*, que fica com 25%. Esta inversão é explicada na teoria da MTC pelo fato de que, com o envelhecimento, a energia do Rim, que corresponde à ÁGUA, vai diminuindo e essa sensação de *insegurança* pode começar a ficar mais evidente (Gráfico 10).

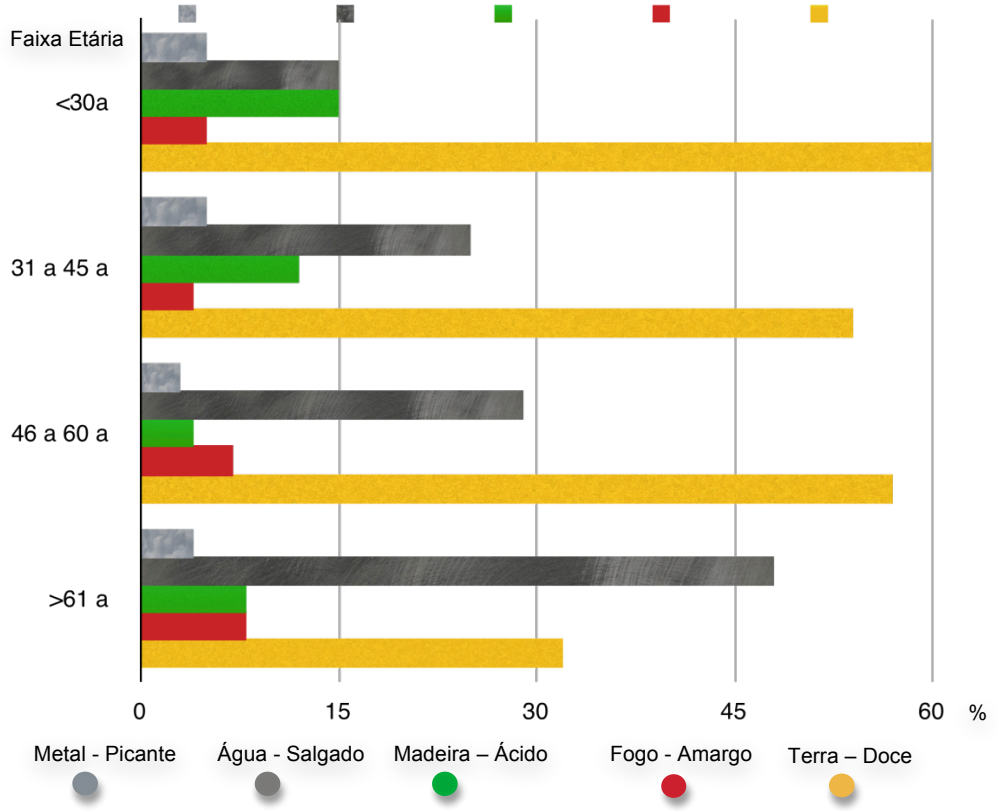
Gráfico 10: Porcentagem de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a faixa etária e o sentimento predominante. (ano de 2001 a 2008)



Outra análise interessante realizada com o mesmo grupo de faixa etária foi observar qual é o sabor que o corpo mais solicita ou de qual ele mais necessita. Na MTC, cada sabor corresponde igualmente a um elemento e tem a propriedade de fortalecê-lo. Desse modo, o sabor *picante* está relacionado com o elemento METAL, o sabor *salgado* com o elemento ÁGUA, o sabor *azedo* ou *ácido* com a MADEIRA, o sabor *amargo* com o FOGO e o sabor *doce* com o elemento TERRA. Quando o corpo fica enfraquecido, ele desencadeia uma necessidade ou vontade para um sabor específico.[10,16,18]

Podemos observar que na faixa etária <30 anos, na de 31 a 45 anos e na de 46 a 60 anos, a necessidade de comer *doce* constatado foi, respectivamente, de 60%, 54% e 57%, sendo assim bem evidente nesses três grupos a sensação dessa necessidade de doce. Já no grupo de >61 anos, a necessidade de comer comida *salgada* se destaca (48%), sendo bem superior à de comer doce (32%). (Gráfico11)

Gráfico 11: Porcentagem de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a faixa etária e a necessidade de determinado sabor (ano de 2001 a 2008).



Nesses dois casos citados, tanto o sentimento e o sabor relativos ao elemento TERRA (*preocupação* e sabor *doce*) quanto o sentimento e o sabor relativos ao elemento ÁGUA (*medo* e sabor *salgado*) apresentaram uma evolução similar entre as respectivas faixas etárias.

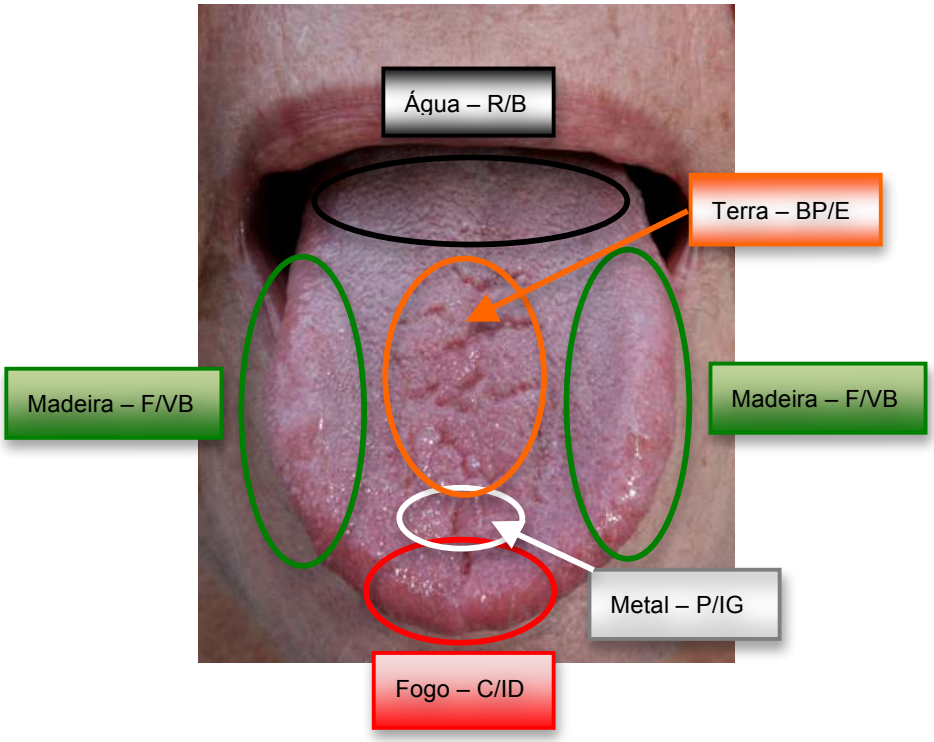
O mesmo não se observou, porém, em relação aos outros elementos. Haja vista, por exemplo, em relação ao elemento FOGO, que mesmo relatando elevada *ansiedade* (média geral: 23%), os pacientes não referiam na mesma proporção a respectiva necessidade de ingerir sabor *amargo* (média geral: 6%). O mesmo pode-se afirmar em relação ao elemento MADEIRA, ao se relacionar a elevada *tensão* (média geral: 20%) com a reduzida referência à necessidade de ingerir sabor *azedo* (média geral: 8,78%).

O exame da língua

Outro aspecto importante da MTC é a possibilidade de utilizar o exame do pulso e a inspeção da língua para auxiliar no diagnóstico e poder realizar um tratamento adequado**.** [10,16,18] Assim como ocorre com os sentimentos e os sabores, na MTC cada elemento também se refere a uma das cinco regiões em que a língua é dividida. Neste trabalho, estabeleceu-se a correlação que há entre a localização da alteração da língua e o respectivo elemento para cada grupo de faixa etária.

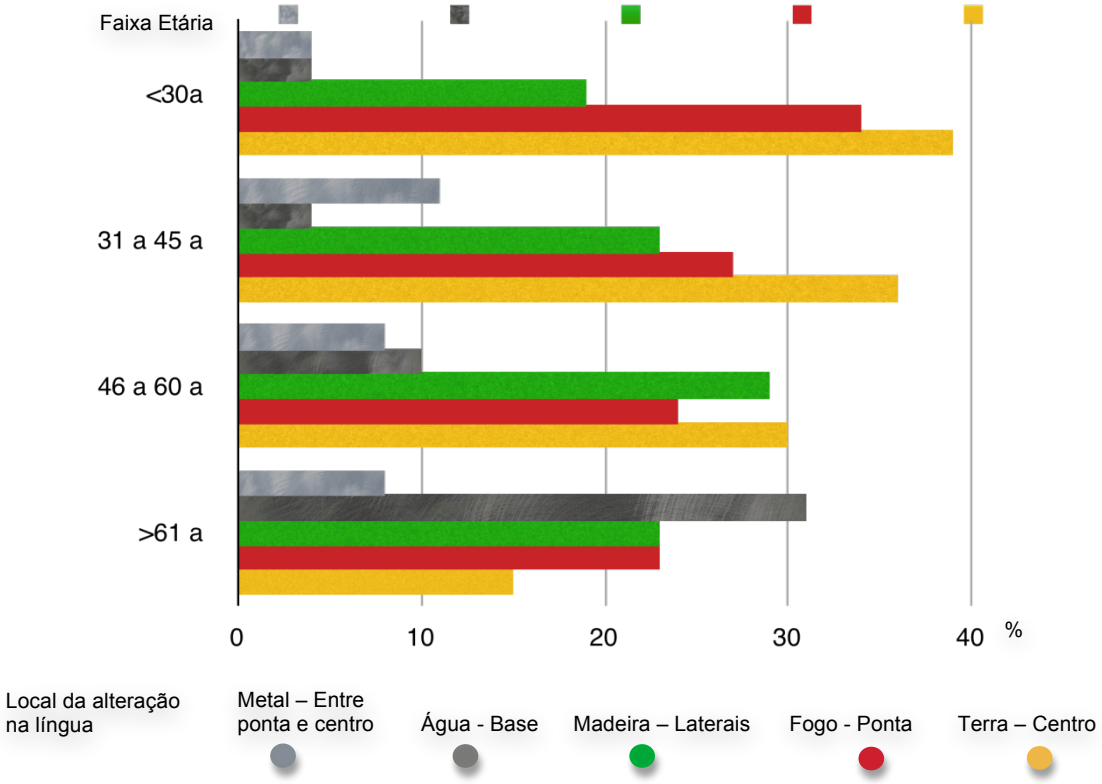
A ponta da língua corresponde ao elemento FOGO (Coração); o centro, ao elemento TERRA (Baço/Pâncreas e Estômago); a região entre a ponta e o centro, ao elemento METAL (Pulmão e Intestino Grosso); a base da língua, à ÁGUA (Rins e Bexiga); e as laterais, ao elemento MADEIRA (Fígado e Vesícula Biliar) (Figura 6).[10,16,18]

Figura 7: Foto da língua mostrando as 5 áreas utilizadas para diagnóstico baseada na teoria da MTC.



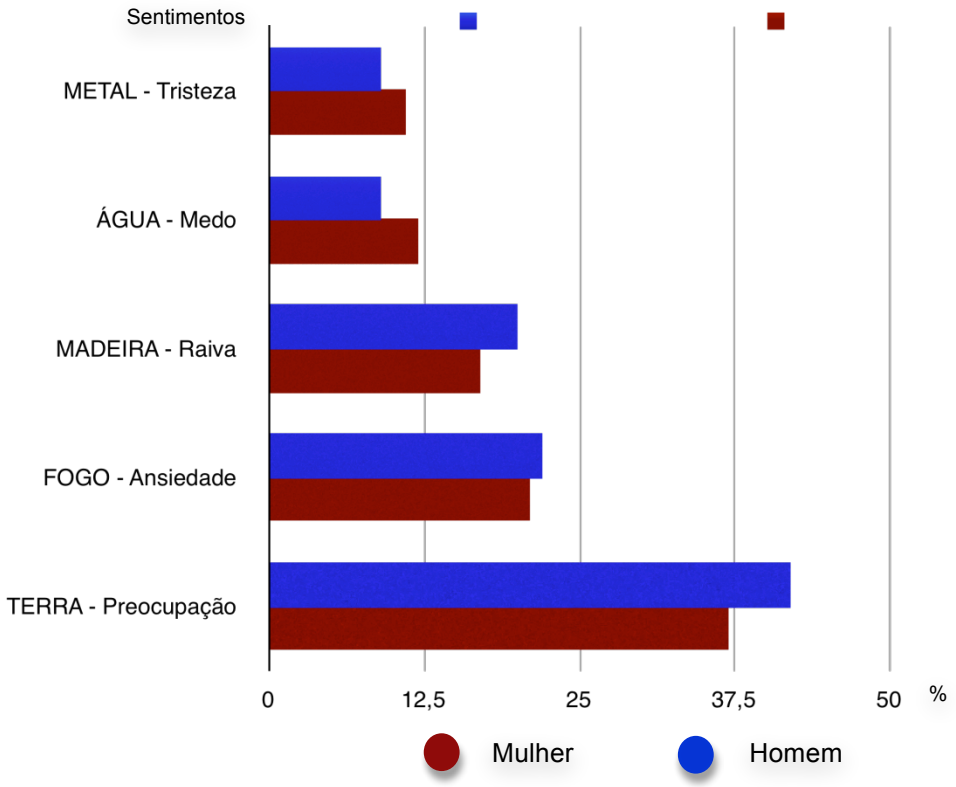
Nota-se que para os grupos nas faixas etária <30 anos, 31 a 45 anos e 46 a 60 anos, a alteração no centro da língua (Terra = sentimento de *preocupação*) é encontrada em 39%, 36% e 30% respectivamente. No último grupo, na faixa etária > 61 anos, a alteração na base da língua (Água = sentimento de *medo*) é encontrada em 31% dos pacientes. A alteração na ponta da língua (Fogo = sentimento de *ansiedade*) manifestou-se em 34% na faixa etária <30 anos e, na média geral das quatro faixas, em 27% (Gráfico 12).

Gráfico 12: Porcentagem de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, segundo a faixa etária e a localização da alteração na língua. (ano de 2001 a 2008)



Num comparativo de que sentimentos predominaram em cada sexo, observa-se em ordem decrescente, para ambos os sexos, os sentimentos de *preocupação*, *ansiedade*, *raiva*, *medo* e *tristeza* (Gráfico 13).

Gráfico 13: Porcentagem de pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA segundo a relação entre sexo e sentimento (ano de 2001 a 2008).



As mulheres revelam mais *medo* e *tristeza* que os homens e estes, por sua vez, demonstram mais *preocupação*, *ansiedade* e *raiva* que as mulheres. Em ambos os casos, entretanto, as diferenças entre homens e mulheres não são significativas.

A seguir, apresentamos a caracterização do grupo de informantes da pesquisa por meio das respostas encontradas no questionário aplicado em 26 mulheres e 12 homens, todos eles funcionários e pacientes do Ambulatório de Acupuntura da SAA, ano de 2010.

As respostas dadas pelos pesquisados foram agrupadas nas categorias: morbidades, consumo de serviços de saúde, autoavaliação do estado de saúde e motivos que os levam a PMH – acupuntura no Ambulatório da SSA.

Idade e nível de instrução devem ser considerados neste grupo de informantes levando-se em consideração as exigências do próprio estatuto do funcionalismo, ou seja, grau de instrução conforme exigência na carreira funcional e limite de idade aos 70 anos. Deve-se destacar um maior número de informantes de nível universitário, pressupondo que estejam mais expostos a informações sobre cuidados com o corpo e recursos terapêuticos existentes. (Tabelas 7 e 8)

Tabela 7 - Grau de escolaridade e sexo dos funcionários

Escolaridade	**Mulheres**	**Homens**
1 grau completo	0	1
2 grau completo	9	1
Superior incompleto	6	1
Superior completo	11	9
Total	**26**	**12**

Tabela 8 - Distribuição dos funcionários da SAA, segundo idade e sexo.

	Mulher	Homem
Idade	***N***	***N***
<30 anos	5	1
31 - 40 anos	3	5
41 - 50 anos	9	3
51 - 60 anos	6	2
61 - 70 anos	3	1
Total	**26**	**12**

Características de morbidade, segundo sexo e idade.

Procuramos cruzar algumas variáveis, mesmo que num elenco não exaustivo, mas com abrangência das queixas comumente apresentadas em grupos de trabalhadores, com o objetivo de se ter um perfil de morbidades do grupo.

Em relação à limitação física, a maior parte não apresenta limitação tanto no grupo de mulheres como no de homens, assim como há baixa resposta positiva em relação a acidentes e dores constantes. Das 26 mulheres, apenas 7 apresentavam alguma limitação física, sendo 2 causadas por acidente ou dor constante e outras 5 sem relação com acidente. Entre os 12 homens, apenas 6 apresentavam limitação física e apenas 1 limitação relacionada com acidente de fratura no braço. (Tabela 9). No grupo das mulheres, 4 sofreram algum acidente como: fratura do osso esterno após massagem de reanimação cardíaca, lesão do ombro fazendo ginástica, torção do tornozelo e 1 sofreu trauma em tentativa de assalto. (Tabela 10)

Tabela 9 - Presença de limitação física causada por acidente ou dor constante, segundo sexo.

	Mulheres		Homens	
	Com limitação física	**Sem limitação física**	**Com limitação física**	**Sem limitação física**
Com acidente	2	2	1	1
Sem acidente	5	17	5	5
Total	**7**	**19**	**6**	**6**

Tabela 10 - Tipos de Acidente, segundo sexo.

Tipo de acidente	Mulheres	Homens
Fratura do braço	0	1
Fratura do osso esterno pós massagem cardíaca	1	0
Lesão do ombro na academia	1	0
Tentativa de assalto	1	0
Torção de tornozelo	1	0
NR	0	1
Sem acidente	22	10
Total	**26**	**12**

Quando apresentada, a limitação física relaciona-se a dor no ombro, diminuição de audição, nas mulheres, e cansaço físico, nos homens. (Tabela 11)

Tabela 11 - Casos de limitação física, segundo sexo.

Limitação Física	Mulheres	Homens
Cansaço	0	2
Dor no ombro	2	0
Diminuição da audição	2	0
Dificuldade de levantar o braço e gastrite	1	0
Fraqueza muscular	0	1
Gastrite	0	1
Lentificação do movimento	1	0
Lombalgia crônica	1	0
Síndrome de Parkinson	0	1
Utiliza prótese	0	1
Sem limitação física	19	6
Total	**26**	**12**

Em relação ao registro de doenças nervosas, o grupo de informantes apresentou ausência nos dois grupos (20 mulheres e 8 homens). Nos casos diagnosticados com doença nervosa, a presença recai sobre depressão e nervos. (Tabelas 12 e 13)

Tabela 12 – Tipo de doenças nervosas diagnosticadas, segundo sexo

Doença Nervosa	**Mulheres**	**Homens**
Depressão	2	1
Depressão e esgotamento	1	0
Nervos	0	3
Nervos e ansiedade	1	0
Stress	1	0
NR	1	0
Sem doença nervosa	20	8
Total	**26**	**12**

Tabela 13- Distribuição de doenças nervosas ou emocionais, segundo sexo e faixa etária

	Mulheres		**Homens**	
Doença Nervosa	***Com***	***Sem***	***Com***	***Sem***
Faixa Etária				
< 30 anos	1	4	0	1
31 - 40 anos	2	1	2	3
41 - 50 anos	2	7	1	2
51 - 60 anos	1	5	0	2
61 – 70 anos	0	3	1	0
>70 anos	0	0	0	0
Total	**6**	**20**	**2**	**8**

As respostas sobre dificuldade em dormir incidem sobre a categoria “às vezes” nos dois grupos. Um destaque sobre o grupo recai na ausência de doenças crônicas na faixa etária < 30anos; a hipertensão é a doença crônica mais citada na faixa etária > 31 anos. (Tabelas 14 e 15)

Tabela 14 – Dificuldade para adormecer, segundo sexo

Dificuldade para adormecer	**Mulheres**	**Homens**
Frequência	**N**	**N**
Sempre	3	0
Muitas vezes	2	2
Às vezes	18	9
Nunca	3	1
Total	**26**	**12**

Tabela 15 – Distribuição de doenças crônicas, segundo faixa etária e sexo

	< 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		51 a 60 anos		61 a 70 anos	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Doença Crônica	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**
Artrite reumatóide	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Diabetes	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Enxaqueca	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Esteatose hepática	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Gastrite	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Hipertensão	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0
Hipertensão e diabetes	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Hipertensão e gastrite	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Lombalgia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Lupus Eritematoso sistemico	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Polimiosite	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Rinite	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
S. Parkinson	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Tabagismo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Doença na tireóide	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tireóide e osteoporose	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Sem doença crônica	5	1	1	1	4	1	2	0	2	1
Total	**5**	**1**	**3**	**5**	**9**	**3**	**6**	**2**	**3**	**1**

Na variável controle de peso, tanto mulheres como homens fazem controle, porém é mais significativo o número relativo ao grupo feminino: 22 mulheres e 6 homens. Das 26 mulheres, 10 fazem o controle de peso com a finalidade de se sentir bem, 6 mencionam que realizam a dieta para emagrecer. Dos 12 homens, 3 realizam o controle de peso por ordem médica e 3 para se sentir bem. É interessante observar que nenhum homem menciona o controle de peso com a finalidade de emagrecer. (Tabela 16)

Tabela 16 - Casos de controle de peso ou dieta específica, segundo sexo

Regime ou dieta	Mulheres	Homens
ordem médica	6	3
ordem médica e emagrecer	1	0
para se sentir bem	10	3
sentir bem e emagrecer	1	0
para emagrecer	4	0
não faz regime	4	6
Total	**26**	**12**

Consumo de procedimentos de saúde

Em relação ao consumo de serviços de saúde, a consulta aos informantes se deteve nos exames regularmente solicitados pela categoria médica em consonância com orientações da organização pan-americana de saúde (OPAS) e da organização mundial de saúde (OMS), considerando epidemiologicamente prevalência e frequência de morbidades.

No grupo de informantes homens, a distribuição sobre realização de exames de controle ocorre na faixa etária entre 31 e 60 anos, para pressão arterial e colesterol. Em relação ao exame de próstata, quando realizado, se distribui entre 41 anos e 70 anos; porém, o número dos que não realizam o exame é maior que o número dos que realizam, concentrando-se na faixa etária entre 31 anos e 50 anos. (Tabela 17)

Tabela 17 – Realização de exames para controle de: pressão arterial, colesterol e câncer de próstata nos últimos três anos, em homens por faixa etária.

	CONTROLE DA PA		Controle do COLESTEROL		Exame da PRÓSTATA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Idade	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**
<30 anos	0	1	1	0	0	1
31 - 40 anos	4	1	3	2	0	5
41 - 50 anos	3	0	2	1	2	1
51 - 60 anos	2	0	2	0	2	0
61 - 70 anos	1	0	1	0	1	0
Total	**10**	**2**	**9**	**3**	**5**	**7**

Em relação ao grupo de mulheres informantes, encontramos uma distribuição mais uniforme em relação à realização de exames de controle de pressão arterial, colesterol, prevenção ao câncer de mama e de colo de útero. Exames para controle ou prevenção de pressão arterial, mama e colo de útero apresentaram maior incidência nas faixas etárias de 20 a 30 anos e de 41 a 60 anos, enquanto o controle de colesterol, entre 41 e 70 anos. (Tabela 18)

Tabela 18 - Realização de exames para controle de: pressão arterial, colesterol e câncer de mama e útero, em mulheres por faixa etária.

	CONTROLE DA PA		Controle do COLESTEROL		Exame da MAMA		Exame do ÚTERO	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Idade	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**
< 20 anos	0	0	0	0	0	0	0	0
20 - 30 anos	4	1	4	1	3	2	4	1
31 - 40 anos	2	1	3	0	2	1	3	0
41 - 50 anos	7	2	8	1	8	1	7	2
51 - 60 anos	5	1	6	0	5	1	5	1
61 - 70 anos	2	1	3	0	2	1	2	1
>70 anos	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**20**	**6**	**24**	**2**	**20**	**6**	**21**	**5**

Relacionada aos serviços de saúde bucal, oftalmologia e ginecologia nos últimos três anos, encontramos uma frequência equilibrada entre os grupos recorrendo aos serviços desses profissionais 3 vezes nos últimos três anos, com exceção do grupo de mulheres que também apresentou incidência de 1 vez nos últimos três anos em relação ao oftalmologista. (Tabela 19)

Tabela 19 - Frequência de visitas ao dentista, oftalmologista e ginecologista nos últimos três anos segundo sexo.

	DENTISTA		OFTALMOLOGISTA		GINECOLOGISTA
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Frequência nos 3 últimos anos	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**
0	3	2	4	3	1
1	4	1	10	3	2
2	3	2	4	2	1
3	9	5	7	4	16
4	2	0	1	0	0
5	0	0	0	0	0
6	2	2	0	0	4
7	1	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	1	0	0	0	1
10	1	0	0	0	0
Várias	0	0	0	0	1
Total	**26**	**12**	**26**	**12**	**26**

Na categoria consumo e quem prescreve o uso do medicamento, encontramos a resposta de que 81% (21) das mulheres e 67% (8) dos homens consomem medicamentos. 19% (5) das mulheres e 33% (4) dos homens não consomem medicamentos. A maioria seguem a prescrição para consumo por receita médica segundo os dois grupos de informantes. (Gráfico 14 e Tabela 20)

Gráfico 14 - Frequências no consumo de medicamento, segundo sexo.

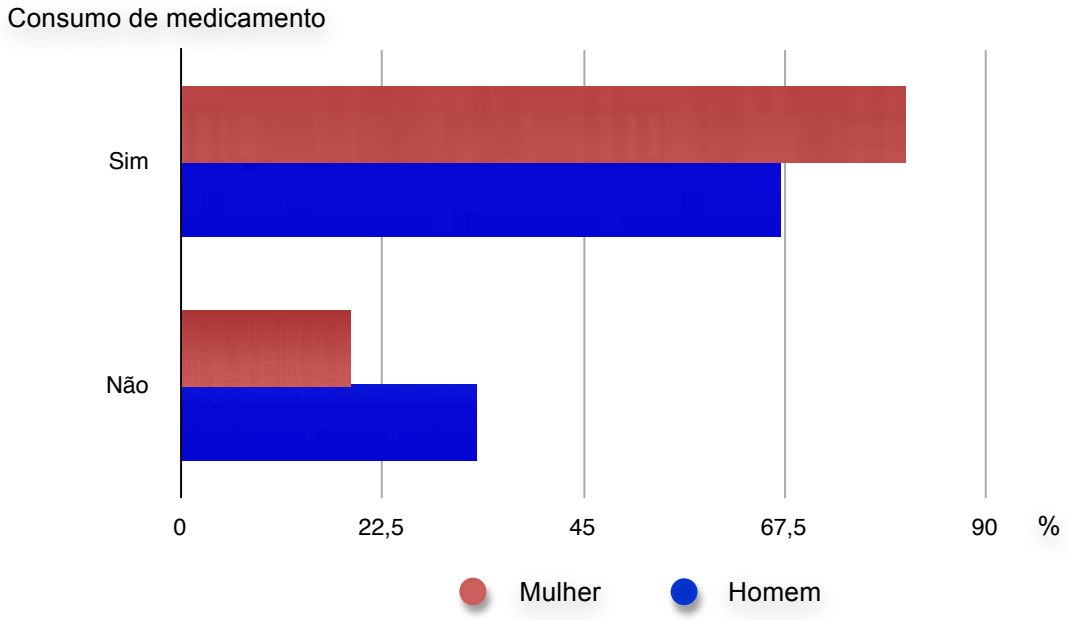


Tabela 20 - Formas de prescrição no consumo de medicamento, segundo sexo

Maneira de prescrição	Mulheres	Homens
Receita por médicos	24	11
Receita por médico e indicação de farmacêutico	1	0
Receita por médico e receitas anteriores	1	0
Receitas anteriores	0	1
Indicação de farmacêutico	0	0
Indicação amigos	0	0
Indicação de familiares	0	0
Total	**26**	**12**

Autoavaliação do estado de saúde

Entre os informantes, o hábito de consumo de bebida alcoólica aparece em maior número que o de fumar: respectivamente, mulheres informaram 9 “sim” e 17 “não” para bebida alcoólica e 5 “sim” e 21 “não” para o tabagismo, enquanto os homens responderam 7 “sim” e 5 “não” para o consumo de bebida alcoólica e 3 “sim” e 9 “não” para o consumo de cigarros. (Tabela 21)

Tabela 21 - Hábitos cotidianos de fumar e consumir bebidas alcoólicas, segundo sexo

	Mulher		**Homem**	
Hábitos	**Fuma**	**Bebida alcóolica**	**Fuma**	**Bebida alcóolica**
Sim	5	9	3	7
Não	21	17	9	5
Total	**26**	**26**	**12**	**12**

Em relação às perguntas relacionadas a aspectos emocionais, a frequência em que se sente só, nos dois grupos, se concentrou na categoria “às vezes” e em segundo lugar “nunca”; já a categoria de sentir-se triste aparece majoritariamente nos dois grupos em “às vezes”. (Tabela 22)

Tabela 22 - Frequência em que sente só e sente triste, segundo sexo

	Sente só		**Sentir triste**	
	Mulher	**Homem**	**Mulher**	**Homem**
Frequência	**N**	**N**	**N**	**N**
Sempre	1	0	1	0
Muitas vezes	4	0	3	0
Às vezes	14	8	21	9
Nunca	7	4	1	3
Total	**26**	**12**	**26**	**12**

Em ambos os sexos, o câncer é a doença que mais provoca medo e os pacientes gostariam de evitar. Para as mulheres, a segunda doença que elas gostariam de evitar seria a AIDS e a doença de Alzheimer. Para os homens, o diabetes é a segunda doença que mais gera temor e gostariam de evitar. (Tabela 23)

Tabela 23 - Frequência de doenças que provocam medo e gostaria de evitar, segundo sexo em questão de resposta múltipla.

	Mulheres	**Homens**
Medo de Doença	**N**	**N**
AIDS	6	0
Alzheimer	6	0
Ansiedade	0	1
AVC	4	1
Artrose	1	0
Cegueira	0	1
Câncer	18	10
Depressão	3	0
Doenças mentais	4	1
Diabetes	3	4
Infarto	2	3
Insuficiência Renal	1	0
Labirintite	1	0
Pressão alta	1	1
Reumatismo	1	1
Todas as doenças	3	1
Total	**54**	**24**

21 das mulheres e 10 dos homens referem ter um "bom" estado de saúde e 4 das mulheres e 2 dos homens acham que o estado de saúde é "razoável". 13 das mulheres acham que a percepção de levar uma vida saudável é "bastante". Porém, 7 dos homens referem "pouca" percepção para a vida saudável. (Tabelas 24, 25 e 26)

Tabela 24 – Autoavaliação do estado de saúde, segundo sexo

	Mulheres	**Homens**
Estado de Saúde	**N**	**N**
Excelente	1	0
Bom	21	10
Razoável	4	2
Mau	0	0
Péssimo	0	0
Total	**26**	**12**

Tabela 25 - Percepção sobre levar uma vida saudável

	Mulheres	**Homens**
Vida saudável	**N**	**N**
Muito	2	1
Bastante	13	4
Pouco	11	7
Nada	0	0
Total	**26**	**12**

Tabela 26 – Frequência de idas ao médico e estado de saúde segundo sexo

	por semestre		por ano		quando sente mal-estar		Total	
	Mulher	**Homem**	**Mulher**	**Homem**	**Mulher**	**Homem**	**Mulher**	**Homem**
Estado de Saúde	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**
Excelente	0	0	0	0	1	0	1	0
Bom	6	5	8	1	7	4	21	10
Razoável	2	2	1	0	1	0	4	2
Mau	0	0	0	0	0	0	0	0
Péssimo	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**8**	**7**	**9**	**1**	**9**	**4**	**26**	**12**

Motivos que os levam a PMH – acupuntura no Ambulatório da SSA.

Os informantes não registraram de forma significativa experiências negativas com profissionais de saúde; entre as mulheres, há 6 “sim” e 20 “não”, e entre os homens, 1 “sim” e 11 “não”. (Tabela 27)

Tabela 27 - Casos de experiências negativas com profissionais de saúde

	Mulher	**Homem**
Experiência negativa	**N**	**N**
SIM	6	1
NÃO	20	11
Total	**26**	**12**

No quadro 1 estão listados todos os relatos de experiência negativas em situações de atendimento médico.

Quadro 1 - Relatos de experiências negativas em situação de atendimento médico

Otorrino chamou o nome sem sobrenome e foi atendida com prontuário de outra pessoa, fez exame com o nome e número de outra paciente
Fez consultas particulares que não analisaram direito os resultados de exames, depois consultou outros médicos que fizeram o diagnóstico correto
Médica grosseira e que não respeitava os horários das consultas (muito atraso)
Quando descoberto durante as minhas gestações a trombofilia e HAS gestacional
O médico não presta atenção a queixa nem examina corretamente
Estava passando mal, com 40º de febre e comecei a chorar, o medico disse que era psicológico
Diagnóstico errado
Atendimento superficial, de forma rápida demais que dá a impressão que o médico não está interessado em ajudar
Não consegue acertar os remédios para controlar a PA
Foi mal tratada pelo médico vascular no Hospital
Foi ao AMA com dor e palpitação e o médico não saiu da cadeira
O médico não conseguiu chegar a um diagnóstico e se mostrou pouco interessado
Desconhecia o resultado de um procedimento e o médico foi grosseiro e não explicou
Foi mal atendido na cirurgia de retirada da safena

Quanto à expectativa em relação à acupuntura, tanto as mulheres quanto os homens apresentam relatos de positividade diante da intervenção, tanto na perspectiva de aspectos relativos à dor como de aspectos emocionais. (Quadro 2)

Quadro 2 - Expectativa em relação ao tratamento com acupuntura segundo sexo

Mulher	Busca de uma vida melhor com qualidade de vida Melhorar a dor e bem estar pessoal Muito boa, estou me sentindo muito melhor Sarar a dor
Homem	Diminuir ansiedade e ter vida melhor Expectativa é muito boa Melhorar a parte emocional

Ao responderem sobre a motivação em realizar a PMH – acupuntura, em primeiro lugar nos dois grupos aparece "aliviar dores"; em segundo, para as mulheres, aparece "por decisão pessoal", e para os homens, "evitar doenças crônicas"; e, em terceiro lugar, para as mulheres, "indicação médica", e para os homens, "por decisão pessoal". (Tabela 27)

Fazendo referência a experiência com acupuntura nos últimos três anos, majoritariamente os dois grupos respondem "excelente" em primeiro lugar e "boa" em segundo. (Tabela 28)

Tabela 28 – Motivação para fazer acupuntura segundo sexo

	Mulheres	**Homens**
Motivo de fazer acupuntura	**N**	**N**
Aliviar alguma dor	19	7
Aliviar a tristeza	6	1
Ter alguma doença crônica	5	6
Ter alguma limitação	1	0
Por indicação médica	7	2
Por decisão pessoal	11	4
Total	**49**	**20**

Tabela 29 - Experiência com a PMH – acupuntura nos últimos três anos

	Mulheres	**Homens**
Experiência com Acupuntura	**N**	**N**
Excelente	17	7
Boa	7	3
Razoavelmente boa	2	2
Ruim	0	0
Péssimo	0	0
Ainda não teve experiência	1	0
Total	**27**	**12**

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

5.1. Racionalidades médicas e integralidade

As Práticas Médicas Heterodoxas (PMH), como o próprio nome diz, fogem ao modo convencional de atuar aprendido nas escolas tradicionais de medicina. Elas não são, porém, uma contestação ou oposição a esse modo convencional e sim uma forma de expansão dos recursos que o profissional tem à disposição para melhor atender seus pacientes. O que caracteriza as PMH é a maior amplitude que elas procuram acrescentar à prestação do serviço médico, dando prioridade ao indivíduo em sua totalidade e fugindo à abordagem isolada de sintomas. Essa visão holística parte do princípio de que os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais atuam de forma interdependente na vida das pessoas; portanto, é preciso conhecê-los para melhor determinar os diagnósticos de situações de saúde ou doença e para tratar as doenças. [5,50]

O modelo implica um novo ponto de vista e, sobretudo, uma mudança de postura por parte do médico para que ele passe a ver o paciente e não a doença como objeto da medicina. Isso faz com que leve em grande consideração o microcontexto da vida diária de cada um, o que inclui dar plena atenção aos históricos pessoal e familiar, hábitos alimentares, vida social, estados de espírito predominantes, práticas esportivas (ou sua ausência), entre muitos outros.

A insatisfação dos pacientes para com a medicina convencional, que habitualmente lhes nega essa abordagem holística e incorre por isso em muitos desacertos, é apontada como a principal justificativa do aumento progressivo de interesse pelas PMH – e, no caso particular deste estudo, pela acupuntura. Vale acrescentar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) não considera a acupuntura uma necessidade básica de saúde, mas admite que ela possa ser

instituída como forma de tratamento contínuo do serviço de saúde e recurso auxiliar da implementação da atenção básica à saúde. Definida como o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde, essa atenção básica é um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [8]

Em estudo publicado na revista "Ciência & Saúde Coletiva", Charles Dalcaner Tesser e Madel Therezinha Luz tecem algumas reflexões sobre certas interações entre integralidade, que é um princípio normativo do SUS, e as diversas racionalidades médicas.[50] Com isso, tais reflexões se aplicam com muita propriedade ao trabalho que vem sendo realizado no âmbito da Secretaria de Agricultura e Abastecimento com a introdução dos serviços médicos que associam acupuntura tradicional chinesa e *Yamamoto New Scalp Acupuncture* (YNSA).

Segundo os autores, racionalidade médica é o "conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes", conceito este em que se incluem tanto a biomedicina e a MTC, que são sistemas complexos, quanto às terapias e métodos diagnósticos fragmentados, como os florais de Bach e a iridologia. Carece de fundamento o senso comum que atribui somente à biomedicina (medicina tradicional ou alopática) a posse de racionalidade, uma vez que as demais práticas e saberes são também portadoras de razão médica, terapêuticas próprias e resultados comprovados.[50]

Integralidade, por sua vez, seria um atributo "qualificador de uma ação interpretativa e terapêutica, preventiva ou 'curativa' a mais ampla e global possível", abrangendo várias dimensões do adoecimento e da vida dos doentes.

Do ponto de vista dos pacientes, a integralidade tem valor relativo. Eles são pragmáticos e atribuem, de modo pouco consciente, uma eficácia simbólica à relação com o médico. O que buscam é a cura, simplesmente, e não se interessam por entender o ato médico; basta que ele funcione.(50)

A integralidade é questão a ser vista do ponto de vista do "curador", como diz Madel Luz. Quanto maior for a interpretação que ele dê ao universo de informações trazido pelo paciente, tanto maior será o pacto emocional de cura, tanto maior a eficácia simbólica.(50)

Cada racionalidade médica tem uma maneira própria de dar aos próprios procedimentos *extensividade* (ou seja, capacidade de interligar e ressignificar fenômenos aparentemente distintos), *veracidade* (que se traduz, no final, pela eficácia no tratamento) e *completude* (que integra curador e paciente sob todos os aspectos).

A MTC, assim como as medicinas ayurvédica e a homeopatia, veem o doente não de forma isolada, mas como um ser integrado à natureza e a todo o cosmos, e consideram suas dimensões psicobiológica, social e espiritual. Para a MTC, por exemplo, os elementos cosmológicos desempenham um importante papel na determinação das constituições individuais, enquanto a racionalidade médica ocidental nem sequer considera esses elementos, já que são desprovidos de base científica, segundo ela.(50)

Doença é o desequilíbrio tanto interno quanto relacional. Pressupõe-se que toda abordagem de um paciente seja feita sob o prisma da integralidade.

A biomedicina possui uma racionalidade embasada no imaginário mecânico da física clássica; doença seria uma entidade concreta, expressa por sinais e sintomas advindos do organismo físico e corrigível por intervenções diretas. Sem dúvida, a racionalidade sobre a qual se apoia a biomedicina tem contribuído para a sua notável expansão, sobretudo a partir do século XIX. Mas, em contrapartida, ela gerou uma dissociação cartesiana entre doentes e doença, com a consequente desindividualização daqueles, que passaram cada vez mais a ser vistos como unidades homogêneas. Nesse sentido, a biomedicina caminha na contramão da integralidade, dirigindo-se para a especialização e afastando-se do indivíduo doente. O custo social passa a ser elevado, uma vez que a tendência é promover de forma generalizada o consumo de procedimentos especializados.[50)]

À medida que o saber biomédico caminha para a especialização, criando novas oportunidades mercadológicas, diminuem suas possibilidades de completude e de integralidade.[(50,51)]

Consideram os autores Tesser e Luz que "a situação dos biomédicos é triste: eles são 'cobrados' pelos doentes e pela sua missão ética de curadores, e agora pelo SUS e pelo PSF, para que façam uma atenção integral à saúde, mas seu saber e sua tradição recentes são centrados em algo que se assemelha ao contrário mesmo da integralidade". Infelizmente, a biomedicina continua a se considerar a única representante da ciência médica e busca a exclusividade no papel de validar qualquer prática de saúde-doença.[(50,51)]

Entre outras conclusões, os mesmos sugerem que a legitimação de diferentes racionalidades médicas no SUS e sua oferta à rede básica de saúde é uma estratégia válida pelas razões expostas – com o que concordamos, sobretudo a partir da experiência no Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (SAA).

Para o gestor público, a acupuntura pode representar mais uma forma de atendimento a ser oferecida à população no SUS, em centros de saúde, em hospitais e em ambulatórios ligados ou não a universidades. Esse tratamento, de relativo baixo custo, agrega benefícios ao atendimento médico ao proporcionar efetividade terapêutica e possibilidade de ação complementar a tratamentos eventualmente em curso, além de favorecer a adesão ao tratamento e fidelização da clientela. [(4)]

É recente (desde os anos 90) a política de saúde que contempla a sociedade civil, a pluralidade e a diversidade. Além disso, essas mudanças não foram ainda absorvidas pelo SUS e pelas políticas públicas em nível macro.

A acupuntura está sendo implantada lentamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e alguns hospitais estão criando ambulatórios de acupuntura. Observa-se, também, que um maior número de pessoas passou a se utilizar desse tipo de tratamento, bem como (a acupuntura) ser reconhecida de forma fundamentada no campo do conhecimento científico, desvinculando-se a imagem de charlatanismo. Com isso, vem ocorrendo um aumento da demanda de usuários pela acupuntura que não é acompanhada na mesma proporção pela criação de novos ambulatórios. O sistema de saúde fica sobrecarregado com ambulatórios lotados e profissionais insuficientes para atender toda essa demanda. Esse trabalho propõe criar ambulatório de acupuntura no mesmo local de atividade laboral do usuário, facilitando o acesso e adesão de tratamento do mesmo e criando, dessa forma, ambulatórios-*satélites* de acupuntura, diminuindo a sobrecarga do sistema de saúde convencional.

5.2. O tratamento em ambiente laboral

A primeira observação a ser feita neste estudo é que os resultados obtidos não devem ser generalizados, dado o seu caráter exploratório e por se tratar de um estudo de caso. Seu valor reside no levantamento do perfil epidemiológico de um determinado grupo – o dos pacientes do Ambulatório da SAA –, analisando queixas principais e percepções corporais, e se fundamenta a partir da racionalidade da MTC, particularmente a acupuntura, na expectativa de contribuir para a implantação de ambulatórios de acupuntura em ambientes laborais.

Um ambulatório de acupuntura poderá trazer, como atenção básica ao trabalhador, primeiras respostas aos males e necessidades terapêuticas ao paciente – e o da SAA, uma secretaria pública, não é diferente. Neste caso, há que se considerar ainda que o atendimento seja gratuito para os funcionários e seus familiares e para pacientes da comunidade, sempre com o objetivo de proporcionar a todos o bem-estar.

Quando um ambulatório se localiza no próprio ambiente de trabalho, ele traz vários benefícios pessoais e institucionais. Por um lado, a adesão dos funcionários é maior, em razão da comodidade que têm e também da economia de tempo e dinheiro por não necessitarem, por exemplo, se deslocar para irem à busca de tratamento. As instituições também ganham: a rede de serviços básicos de saúde do Estado (como as unidades básicas de saúde, centro de saúde, ambulatório e hospital) se beneficia tanto pela menor demanda como pela diminuição dos índices de abstenção no trabalho. Além disso, neste caso, o tratamento ambulatorial torna-se a primeira escolha por dispensar internação hospitalar ou tratamento cirúrgico para os pacientes.

Outra questão importante se refere à preservação da imagem funcional. O fato de um ambulatório se situar dentro do ambiente de trabalho permite ao funcionário falar que não está bem sem que isso o estigmatize. Normalmente, nas secretarias, o serviço de assistência social fornece ao funcionário as guias de encaminhamento médico e gera, mensalmente, um relatório com o balanço daqueles que mais solicitaram tratamento. Isso pode dar a impressão de que o funcionário é uma pessoa doente ou não quer trabalhar e, em consequência da imagem comprometida, a pessoa dita como "doente" pode sofrer constrangimentos sociais.

No caso da SAA e do projeto Qualivida, ela própria faz a divulgação interna da existência do tratamento pela acupuntura e estimula o funcionário a frequentar esse tipo de ambulatório; com isso, torna-se natural que a pessoa tenha, pelo menos uma vez por semana, tempo para se tratar e pensar na própria saúde. Essa mudança de postura do trabalhador diante do cuidar da saúde só ocorre porque o próprio trabalho aceita com naturalidade esse tipo de tratamento. Sabendo que não terá prejuízos à sua imagem, o trabalhador fica tranquilo em dizer ao médico que não está bem, que está cansado e que gostaria de repor suas energias fazendo sessão de acupuntura.

O bem-estar que a acupuntura traz ou causa de maneira geral faz com que os pacientes continuem o tratamento. A acupuntura não cuida apenas da dor específica, mas atua também melhorando o bem-estar físico e mental. Isso, por sinal, vem ao encontro do que preconiza a OMS, para a qual os programas de atenção básica devem focar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com especial ênfase no autocuidado e no estímulo a um estilo de vida saudável. [8]

O médico, ao realizar um tratamento do paciente no ambiente laboral, pode perceber e compreender como tensões provocadas pelo trabalho causam sérios desequilíbrios no corpo. A leitura clínica evidencia por si só a necessidade de terapias complementares, especializadas e multidisciplinares, com possibilidade de aperfeiçoar o tratamento.

A MTC é uma das melhores alternativas. Ela valoriza as manifestações emocionais, a influência do meio externo, o ambiente de trabalho e o familiar, entre outros, como fatores etiológicos importantes no adoecimento. [10]

E mais: o exercício da medicina pode ocorrer de modo mais satisfatório. O médico, além de ser tecnicamente competente, enxerga o paciente como um todo e estabelece com ele uma relação adequada e sua consideração pelas aflições e dores do ser humano vai além da detenção do conhecimento técnico e científico. É necessário, pois, que o médico seja capaz não só de apreender a realidade do paciente, ouvir suas queixas e fazer o diagnóstico da doença, como ainda fazer o diagnóstico da pessoa do paciente. O próprio paciente reage a isso com melhorias profundas – fenômeno que Tesser e Luz chamam de eficácia simbólica.[50]

Por meio das considerações decorrentes neste estudo, se deduz a importância de uma reflexão profunda sobre o modelo biomédico e reducionista prevalente na medicina em nossa sociedade – não para lhe negar os méritos incontestáveis, mas para estimular mudanças no processo de formação e especialização dos médicos, bem como para construir um trabalho de parceria com as PMH que priorize o paciente em todas as circunstâncias.

5.3 Análise dos resultados

Os resultados obtidos a partir das pesquisas efetuadas no Ambulatório de Acupuntura da SAA ensejam, por fim, algumas observações, conclusões e mesmo sugestões de ampliação da experiência a outros ambulatórios da rede pública de saúde.

No estudo observamos uma porcentagem de NR (sem resposta) que variou entre 14% (informação de ocupação) a 35% (informação sobre a religião), pois, as informações foram obtidas dos prontuários dos pacientes que são preenchidas pelos médicos, com isso, algumas informações não foram questionadas ou preenchidas pelo profissional, ou a letra ilegível impossibilitou o processamento da informação no banco de dados. Alguns estudos afirmam que perdas de até 25% são consideradas toleráveis e podem expressar as características da população estudada. (51)

A divulgação do programa na SAA não induz atendimento específico em relação a sexo e idade da comunidade a ser atendida, porém, foi possível observar que, como em outros estudos, o número de mulheres beneficiadas pelo tratamento é maior que o de homens. (52)

O predomínio de mulheres em relação aos homens em tratamentos de saúde também é observado em outros estudos de forma recorrente. (52)

A acupuntura é buscada pelos pacientes sobretudo como uma resposta positiva às suas necessidades de tratamento da dor. Essa prioridade deve-se à estreita relação entre dor e emoção. De fato, a dor pode deixar a pessoa transtornada e lhe causar um desânimo profundo ou até um sofrimento maior. A própria dor que o paciente sente pode desencadear outras dores emocionais.

Ainda em relação à dor, observou-se incidência maior de problemas de dor na coluna vertebral, que pode estar relacionada a questões ergonômicas, principalmente a postural, ou associada ao *stress* e tensão do trabalho.

A segunda maior queixa no ambulatório são as doenças ou sintomas clínicos. Com base nessa informação, pode-se aventar a hipótese de que os pacientes já não consideram a acupuntura apenas um tratamento para eliminar a dor; eles também observam a possibilidade de melhorar os problemas clínicos, evidenciando confiabilidade nas PMH.

A maioria das queixas que chega ao ambulatório é possível de ser tratada dentro de um nível de atenção primária; só as queixas mais complexas são encaminhadas para níveis mais complexos de atenção da saúde.

Isso diminui a elevada demanda do setor terciário, devido à complexidade e alto custo com exames, além de evitar riscos de infecção hospitalar, cirurgias desnecessárias e a sobrecarga nos hospitais causada pelo sistema convencional.

Em estudo realizado em 2006 na rede pública municipal de saúde de Campinas, SP, pelo departamento de medicina preventiva e social da UNICAMP, observou-se que a implementação da acupuntura no programa Saúde Integrativa foi um recurso importante não somente para viabilizar a redução do consumo de anti-inflamatórios, como também para atuar na prevenção e tratamento de outras patologias, tais como: hipertensão arterial, diabetes, obesidade, prevenção de doenças cerebrais, vasculares, respiratórias, etc. No município de Campinas, houve uma redução de 12,5% (74.366 comprimidos/mês) de consumo de anti-inflamatório com a utilização da técnica YNSA nos centros de saúde da cidade. Em 2005, eram consumidos 644.366 comprimidos de anti-inflamatório por mês e após 8 meses de emprego da técnica, este número caiu para 570.000 comprimidos/mês. (17,53,54)

O levantamento realizado junto aos 38 funcionários da SAA que na época do estudo estavam como pacientes do ambulatório PMH – acupuntura mostra que o perfil epidemiológico dos usuários não difere de maneira geral daquele realizado entre 2001 e 2008. Vale lembrar, porém, que a utilização de um levantamento mais sensível às respostas dos informantes sobre o consumo de serviços de saúde, autoavaliação do estado de saúde e motivos que os levam à PMH – acupuntura no Ambulatório da SSA ajuda a interpretar a importância de algumas condições como promotoras de tranquilidade sobre a saúde pessoal e do grupo social no ambiente de trabalho.

Os servidores públicos estaduais e celetistas são beneficiários do Instituto de Assistência Medica ao Servidor Publico do Estado de São Paulo – Iamspe, estendendo aos servidores contratados ou em regime CLT. O levantamento feito não realizou nenhuma pergunta específica sobre o uso dos serviços Iamspe, mas deve-se considerar que esta cobertura sobre as necessidades de uso de procedimentos e serviços de saúde conforme dados fornecidos na categoria consumo de serviços de saúde pode estar interferindo na forma de analisá-la como desejável. Esta realidade sobre coberturas de saúde, pelo estado ou por planos de saúde coletivos, compartilhadas no desconto sobre o salário do beneficiário, vem se tornando cada vez mais precária na realidade brasileira.

Outro aspecto a se destacar foi a satisfação sobre o estado de saúde dos informantes, diante da positividade expressada sobre questões que estão presentes na vida de toda gente. Os informantes observam sua saúde entre bom e razoável, tanto para mulheres como para os homens, parecendo evidenciar que para este grupo a diferença está na maneira de enfrentar as morbidades e como aproveitar contextos para superação.

Suas respostas sobre consumo de serviços e cuidados de saúde através da PMH – acupuntura demonstram articulação entre sistemas – biomédico ocidental e práticas integrativas –, ou seja, adotam terapêuticas múltiplas que respondam às suas necessidades físicas/orgânicas e emocionais. Esse fato está cada vez mais presente entre os diversos grupos sociais, podendo ser observado no aumento do número de serviços disponibilizados, centros especializados e divulgação em mídias, geralmente sob as denominações de qualidade de vida ou promoção de saúde.

Os motivos que os levam a realizar o PMH fortalecem a possibilidade de se pensar sobre estes procedimentos no espaço laboral como promotor de saúde e, além das razões já apresentadas nesse estudo, como incremento ao autoconhecimento dos indivíduos na necessária leitura sobre o corpo e subjetividade, com autonomia quanto à intervenção clínica e farmacológica excessivamente presente no cotidiano das atividades laborais e familiares na contemporaneidade.

5.4 Algumas questões específicas da SAA

Neste trabalho, a equipe formada e as condições atuais de trabalho no Ambulatório de Acupuntura da SAA não permitem prolongar o tratamento para um grande número de sessões. Tomou-se como critério de tratamento um ciclo com 10 sessões de acupuntura, considerando, entretanto, que quando há nova solicitação de encaminhamento médico, o paciente retoma o tratamento até que se observe a estabilidade emocional, corpórea e de dor.

Foi possível observar que a falta de controle atual sobre quando o paciente retorna, ou não, ao tratamento mostra uma falha no registro de acompanhamento clínico: quantas vezes o paciente precisou retornar e se o retorno ocorreu devido à mesma queixa principal ou por outro motivo.

Com relação a problemas de ergonomia existentes na SAA, é importante enfatizar, por exemplo, num plano geral, que as campanhas de saúde públicas precisam enfocar medidas preventivas para evitar o surgimento de problemas. Assim, não adianta recomendar exercícios físicos ou caminhada se o próprio ambiente de trabalha não apresenta mobiliário adequado aos trabalhadores, do ponto de vista ergonômico e formas planejadas de descanso ao longo do horário de trabalho; é comum a permanência na mesma posição e ocupação por 6 a 7 horas, podendo resultar em dores e até afastamentos.

Na SAA, em particular, o trabalhador até tenta resolver os problemas do trabalho participando do projeto Qualivida e fazendo o tratamento com sessões de acupuntura. Isso lhe propicia uma melhor consciência corpórea, mas as estruturas físicas, como as cadeiras e mesas, continuam incorretas e o sacrificam. Mesmo quando se permite realizar exercícios durante o expediente, as jornadas longas de trabalho numa mesma posição, com mobiliários inadequados, continuam sendo uma limitação. Isso sem falar de outras "agressões" ao organismo, como o calor ou frio excessivos do ambiente ou relacionamentos que geram tensão com os colegas de trabalho.

Um trabalho como este ajuda a sinalizar que é importante as duas coisas acontecerem simultaneamente: de um lado, a atenção do trabalhador do ponto de vista do próprio corpo e das necessidades individuais; de outro, a melhoria das condições coletivas de trabalho, como os mobiliários e o ambiente em geral. Legislações que especificam quais as profissões que precisam de uma maior observância sobre as atividades repetitivas ou de exposição intensa que possam

levar a um maior sofrimento social, estado de alerta constante e exposição a riscos, acompanhados de estudos epidemiológicos, devem fazer parte do planejamento de assistência à saúde do trabalhador.

Estudos sistemáticos trazem subsídios importante que ajudam na tomada de decisão sobre a atenção a grupos específicos, no caso funcionários da SAA, e ações voltadas à coletividade do ponto de vista de políticas públicas de saúde. Embora não se trate de um estudo representativo, a intenção dessa pesquisa, ao analisar o Ambulatório de Acupuntura da SAA, foi a de evidenciar que o espaço laboral é um lugar possível de ações terapêuticas e de suplência nos processos de cura de trabalhadores. Dessa forma, concluímos sua importância como assistência complementar e constitutiva aos equipamentos convencionais que compõem o sistema único de saúde (SUS) na realidade brasileira.

5.5 Caso Clínico

O caso de paralisia cerebral de G.A.A.P.

Existe um caso interessante no ambulatório que será descrito com maior detalhe, que é o caso da paciente G.A.A.P., de 5 anos, que começou o tratamento com acupuntura com 3 anos e 1 mês com diagnóstico de Paralisia Cerebral.

No 5º mês de gestação, a partir do ultrassom morfológico foi diagnosticado um quadro de malformação adenomatoide cística no pulmão esquerdo e desvio do mediastino. A partir daí, foi feito acompanhamento quinzenal com ultrassom para verificar evolução pulmonar. No 7º mês de gestação, foi constatado que, apesar da presença dos cistos, o pulmão evoluiu. Com 34 semanas de gestação, nasceu de parto normal, com 2,350 kg e 47 cm, em 28/01/2005.

Logo após o parto, sem apresentar esforço respiratório, ela foi entubada e permaneceu 21 dias de UTI.

Apresentou dificuldade para mamar no peito, sendo necessário complemento com a mamadeira por alguns dias. Entretanto, nos primeiros meses ocorreram diversas crises de sibilância, tratadas com medicamentos.

Aos 5 meses passou por cirurgia – lobectomia na base do pulmão esquerdo – para retirada da área de cistos. As crises de sibilância ainda permaneceram, porém em intervalos maiores.

Com 8 meses, iniciou tratamento homeopático.

A partir dos 8 meses de idade, foi identificado atraso no desenvolvimento motor (pelos pais e informado à pediatra) em comparação às demais crianças da creche. Ela somente conseguiu sentar sem apoio aos 10 meses, engatinhar com 1 ano e 1 mês e ficar em pé sem apoio com 1 ano e 3 meses. Não houve atraso relacionado à fala.

Com 6 meses, foi diagnosticado estrabismo e iniciou uso do tampão por 6 horas diárias. Com 1 ano, iniciou uso do óculos para correção de hipermetropia, conjugado com tampão.

Com 1 ano e 3 meses, foi encaminhada para ortopedia, para verificar desabamento na parte interna do pé. Começou a utilizar tênis e palmilha ortopédicos. Sem resultados satisfatórios em relação ao equilíbrio e correção muscular do pé, com 1 ano e 9 meses, foi encaminhada para neurologia, quando iniciou fisioterapia com 2 anos e 1 mês.

Foi feita tomografia em 05/2007 (2 anos e 4 meses) e ressonância magnética em 09/2007 (2 anos e 8 meses), em que se diagnosticou "gliose". Realizou-se diagnóstico de "paralisia cerebral", com comprometimento da coordenação motora.

A partir de 10/2007, iniciou acompanhamento de fisioterapia e terapia ocupacional.

Em 02/2008 (3 anos e 1 mês), iniciou acupuntura no Ambulatório do CEA.
Nesta ocasião:

- ⇒ *Andava apenas com apoio;*
- ⇒ *Apresentava deficiências de coordenação motora fina;*
- ⇒ *Tinha algumas crises respiratórias severas, mas que haviam se tornado mais espaçadas;*
- ⇒ *Apresentava sialorreia e ainda fazia uso do babador;*
- ⇒ *Usava tampão por 4 horas diárias para correção do estrabismo e óculos;*
- ⇒ *Usava palmilha e calçado ortopédico;*
- ⇒ *Não apresentava boa contenção urinária (diurna e noturna).*

Com 3 anos e 3 meses, teve pneumomia e ficou internada na UTI durante 10 dias.

Todos os acompanhamentos/tratamentos tiveram prosseguimento (pediatria / oftalmologia / neurologia / ortopedia / fisioterapia / terapia ocupacional / fonoaudiologia / psicologia / psicopedagogia / nutrição / homeopatia / acupuntura).

Aos 3 anos e 6 meses, deixou de usar o babador. Com 3 anos e 8 meses, começou a andar sem apoio. Aos 4 anos, o uso do tampão passou para 2 horas diárias.

Aos 4 anos e 9 meses, teve nova pneumonia e necessitou de internação na UTI por 7 dias.

Hoje, aos 5 anos e 4 meses:

- ⇒ *Faz uso de tampão por 1 hora diária e óculos;*
- ⇒ *Usa "sling" para contenção dos músculos das pernas e palmilha ortopédica;*
- ⇒ *Locomove-se de forma independente (embora ainda apresente alguns desequilíbrios);*
- ⇒ *Apresenta evolução da coordenação motora fina (para desenhos, ainda não para escrita);*
- ⇒ *Apresenta algumas crises respiratórias, porém de menor intensidade e com maiores intervalos;*
- ⇒ *É uma criança ativa, falante, participativa, com excelente memória e cognição.*

Este é um caso do ambulatório em que não há limites de sessões, pois é um caso que precisa um acompanhamento mais constante e prolongado, com um estudo longitudinal para acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil.

Figura 8: Paciente G.A.A.P., 5 anos, realiza tratamento no ambulatório de acupuntura da SAA para paralisia cerebral (Brasil, 2010).

6. CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Verificamos com esta pesquisa, a partir da análise do serviço prestado pelo Ambulatório de Acupuntura, da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo, na cidade de São Paulo, variados aspectos de como grupos de funcionários em seus espaços laborais recorrem ao tratamento pelas práticas utilizadas pela PMH – Acupuntura e medicina ocidental. A partir dessa verificação, concluímos que o fato da coexistência dos dois modelos terapêuticos, identificados pelas respostas dadas pelos pacientes, deve ser compreendido em seus múltiplos significados e códigos culturais específicos, possibilitando entendê-los como modelos de uso não dicotômicos, mas complementares. Também foi possível observar que a escolha dos modelos de assistência entre os usuários não está vinculada a um estrato social específico e sim, aparentemente, de natureza mais pragmática, visando um bem-estar integral e protetor da saúde.

A oferta de serviços semelhantes a este, que beneficia a Secretaria da Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo, pode ser analisada como complementar à rede de assistência primária de saúde, com grandes benefícios aos trabalhadores do ponto de vista do cotidiano do espaço laboral, e na gestão *horizontalizada* da atenção primária do sistema público de saúde, possibilitando a diminuição da sobrecarga em Unidades Básicas de Saúde.

Apesar de ser menor o número de homens que recorreram ao serviço, podemos considerar que a presença de atenção das PMH no ambiente laboral poderá reverter a ausência de cuidados de saúde voltados para este segmento.

O estudo de caso realizado possibilita indicar: necessidade de outros estudos que se aprofundem em aspectos referentes ao uso integrado de PMH (acupuntura, fitoterapia, massoterapia, etc.); elaboração de registros que possibilitem a identificação de determinantes etno-epidemiológicos e

socioculturais sobre seus benefícios junto à população assistida em espaços laborais; treinamento especializado de profissionais voltados ao uso de PMH – acupuntura e demais terapêuticas, tendo, entre outros objetivos, a troca de informações com os pacientes de fatores protetores ou agressores à sua saúde, particularmente no ambiente de trabalho.

A intenção da pesquisa foi evidenciar a necessidade de se pensar sobre novas formas de serviços de saúde que possam estabelecer, de forma articulada com o sistema de saúde pública tradicional, outras possibilidades de "portas de entrada" que vão além das UBS, integrando possíveis redes com novos pontos de proteção à saúde, particularmente de trabalhadores.

Podemos concluir que a introdução do ambulatório de Acupuntura ao programa Qualivida da SAA é viável como opção terapêutico na assistência de saúde de atenção em nível primário, complementar aos procedimentos de saúde de atenção primária convencionais que compõem o sistema único de saúde (SUS) na realidade brasileira, e como uma política de saúde pública.

7. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1- Prefeitura do município de São Paulo. Caderno Temático de Medicina Tradicional Chinesa. Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

2- Junior NB, Martins LC, Akerman M. Impacto dos resultados no tratamento por acupuntura: conhecimento, perfil do usuário e implicações para promoção da saúde. Arq Med ABC. 2005; 30(2): 83-6.

3- Silva JBG. Acupuntura em Saúde Pública – Vantagens e Limitações. HB Científica. 2001; 8 (2): 142-7.

4- Iorio RC – Acupuntura no exercício da Medicina: o médico acupunturista e seus espaços de prática – SP – 2007 – Tese apresentada ao programa de pós-graduação em Saúde Pública para doutourado. n- 615.85 (39)

5- Dantas F, Ribeiro CT. Atitudes de Estudantes de Medicina sobre Práticas Médicas Heterodoxas no Brasil. R Bras Educ Med. 2002;26(2):99-103.

6- Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. O Ensino de Práticas Não-Convencionais em Saúde nas Faculdades de Medicina: Panorama Mundial e Perspectivas Brasileiras. R Bras Educ Med. 2003;28(1):51-58.

7- Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

8- World Health Organization [homepage na internet]. Geneva; c2009 [atualizado em 22 de março de 2009; acesso em 23 de Marco de 2009]. Disponível em: http://www.who.int/

9- Cochrane BVS. [acesso em março de 2009] Disponível em: http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php

10- Yamamura Y. Entendendo Medicina Chinesa-Acupuntura. São Paulo: Center AO; 2006.

11- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório do 1º Seminário Internacional da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília (DF); 2008.

12- Eisenberg DM, et al. Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs and patterns use. N Eng J Med. 1993;328(4):246-252.

13- Hilary AT, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. Altern Ther Heath Med. 2005;11(1):42-50.

14- Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. Br Med J.1994;309:107-111.

15- Yamamura Y, Tabosa A. Aspectos integrativos das medicinas occidental e chinesa. Rev Paul Acupunt. 1995;1(1):26-31.

16- Liu GW, Hong JP. Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão. São Paulo:CEIMEC; 2005.

17- Tesser CD, Barros NF, Conti AC, Pimentel EC, Martins L, Amâncio MATM, Romero V. Projeto de Implantação da Medicina Tradicional Chinesa na Rede Municipal de Saúde de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas -São Paulo, 2004.

18- Yamamura Y. Acupuntura Tradicional – a arte de inserir. 2ª Ed. São Paulo: Roca; 2003.

19- Dundee JW, Chestnutt WN, Ghaly RG, Lynos AGA. Traditional Chinese acupuncture: a potentially useful antiemetic? British Medical Journal. 1986; 293:583-4

20- Góis ALB. Acupuntura, especialidade multidisciplinar: uma opção nos serviços públicos aplicada aos idosos. Ver. Bras. Geriatr. Gerontologia. 2007; 10 (1):15-20.

21- Berman BM. Integrative approaches to pain management: how to get the best of both worlds. BMJ. 2003;326:1320-1321.

22- Acupuncture. NIH Consensus Statement online 1997 Nov 3-5;15(5):1-34. [acesso em set de 2009]. Disponível em: http://consensus.nih.gov/1997/1997Acupuncture107html.htm

23- Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine. BMJ**.** 1999;318:543.

24- Clement-Jones V, McLoughlin L, Tomlin S, Besser GM, Rees LH, Wen H. Increased beta-endorphin but not metenkephalin levels in human cerebrospinal fluid after acupuncture for recurreny pain. Lancet. 1980: 946-949.

25- Bing Z, Cesselin F, Bourgoin S, Clot AM, Hamon M, Le Bars D. Acupuncture-like stimulation induces a heterosegmental release of Met-enkephalin-like material in the rat spinal Cord.Pain.1991; 47:71-77.

26- Baldwin E. Time for a fresh look at complementary medicine. BMJ.2003;326: 1322.

27- Ernest E, Tang J, Zhan S. Review of randomized controlled trials of Traditional Chinese Medicine. BMJ**.** 1999;319:160-161.

28- Chiang CY, Chang CT, Chu HL, Yang LF. Peripheral afferent pathway for acupuncture analgesia. Scientia Sínica. 1973;16:210-217.

29- Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine:acupuncture. BMJ. 1999;319:973-6.

30- Sierpina VS, Frenkel MA. Acupuncture: a clinical review. South Med J. 2005; 98(3):330-7.

31- Goldman N, Chen M, Fujita T, Xu Q, Peng W, Liu W, Jensen TK, Pei Y, Wang F, Han X, Chen JF, Schnermann J, Takano T, Bekar L, Tieu K, Nedergaard M. Adenosine A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture. Nature Neuroscience. Published online 30 May 2010; doi: 10.1038/nn.2562.

32- Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura. Acupuntura no Ocidente. [Acesso em 07/01/09] Disponível em http://www.smba.org.br/Cmi/Pagina.aspx?45

33- Yamamoto T, Yamamoto H, Yamamoto MM. Nova Craniopuntura de Yamamoto. São Paulo: Roca; 2007.

34- Organização Mundial da Saúde. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005.

35- Ministério da Previdência e Assistência Social. Resolução CIPLAN nº5 de 3 de março de 1988. Diário Oficial da União. 1988;1:3997-8

36- Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, ANVISA, 2004.

37- Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Trata da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. [acesso em janeiro de 2009]. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm,

38- Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [acesso em janeiro de 2009] Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm

39- Ministério da Saúde. Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006. Inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares. [acesso em janeiro de 2009] Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-853.htm

40- Ministério da Saúde: Acesso à medicina não convencional cresce no SUS. [acesso em julho de 2010] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=11001

41- Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. [acesso em janeiro de 2010] Disponível emftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.jan.08/iels21/U_PT-MS-GM-154_240108.pdf,.

42- Ministério da Saúde. Portaria no 84, de 25 de Março de 2009, adéqua o serviço especializado 134 e sua classificação 001. Disponível em http://dab.saude.gov.br/orientacoes_implantacao.php, acesso em janeiro de 2010.

43- CMA [acesso em janeiro de 2010] Disponível em http://www.cmacupuntura.org.br/downloads/residencias_medicas_em_acupuntura.pdf

44- AMBA. [acesso em janeiro de 2010] Disponível em http://www.amba.org.br/v2/pagina.asp?scripto=swkdfo&idpagina=15&shjert=mcontct

45- Projeto Qualivida. [acesso em janeiro de 2009] Disponível em http://www.recursoshumanos.sp.gov.br/qualidadedevida/arquivos/QUALIVIDA.doc

46- Hasegawa TM - Avaliação da Efetividade da Acupuntura pela Técnica de Yamamoto para o Tratamento da Lombalgia Aguda Inespecífica. SP-2009. Tese apresentada ao programa de pós-graduação da UNIFESP para mestrado no departamento de reumatologia.

47- Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006.

48- Gil, AC. Estudo de Caso. São Paulo:Editora Atlas S.A.; 2009.

49- Yin, RK & Campbell DT. Case study research: Design and methods. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002.

50- Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integridade. Cienc. Saúde Coletiva, 2008; 13(1) [acesso em 22 de abril de 2009]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024

51- Fowler Jr DJ. Survey reserarch methods. SAGE, Califórnia, 1990.

52- Saito RXS – Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da Integralidade – SP – 2004 – [dissertação de mestrado na internet] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004 [acesso em 22 de abril de 2009]. Disponível em: *http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-28062007-100306/*

53- Tesser CD, Barros NF, Conti AC, Pimentel EC, Martins L, Amâncio MATM, Romero V. Projeto de Implantação da Medicina Tradicional Chinesa na Rede Municipal de Saúde de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP, 2004.

54- Hyppólito WF, Barros NF, Miotto N, Souza FV. Acupuntura Craniana de Yamamoto na Rede Municipal de Saúde de Campinas. In: Anais do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006.

55- Hyppólito WF. Práticas Integrativas e Complementares em Campinas SP. In: Anais do XXXVI Congresso Nacional das Secretarias Municipais da Saúde, Gramado, 2010.

56- Bell J. Como realizar um projecto de investigação – Trajectos, 3ª Ed, Lisboa: Gradiva, 2004.

57- Eco U. Como se faz uma tese, São Paulo: Perspectiva, 1988.

8. ANEXOS

ANEXO I

FICHA CLÍNICA DO AMBULATÓRIO DE ACUPUNTURA

NOME:_____ ***NºREG:***_____

*END:*_____*TEL:*_____

DATA NASC.: ___/___/___ *IDADE:* _____ *SEXO: (M) (F) RAÇA:(B) (N) (PD) (A)*

EST.CIVIL: (C) (S) (V) (D) (outros) PROFISSÃO: _____

*RELIGIÃO*_____ *ENCAMINHADO:*_____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

PRINCIPAL: _____

SECUNDÁRIOS: _____

DIAGNÓSTICO ENERGÉTICO

DIAG. ETIOLÓGICO : _____

DIAG. SINDRÔMICO : _____

PRINCÍPIO DE TRATAMENTO : _____

_____

PROFESSOR : _____ *DIA DA SEMANA :* _____ *1ª CONS.:*___/___/___

MÉDICO RESPONSÁVEL : _____

CONTROLE DO NÚMERO DE SESSÕES

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

OBS:

ANAMNESE

Q.P.D.: _____

H.P.M.A.: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

I.D.A.:

CABEÇA : ( )Cefaleia . Características :_____

( )Tontura ( ) Vertigem ( ) Lesão em couro cabeludo ( ) Alopecia ( ) Acne ( ) Outros _____

AP. OCULAR : ( ) Déficit visual. Qual ?_____

( ) Olhos secos ( ) Moscas Volantes ( ) Visão borrada ( ) Areia nos olhos ( ) Prurido

( ) Olhos Vermelhos ( ) visão noturna diminuída ( ) Lacrimejamento

( ) Catarata ( ) Glaucoma ( ) Outros _____

AP. AUDITIVO : ( ) Déficit auditivo. Causa :_____

( ) Zumbido de alta frequência ( ) Zumbido de baixa frequência

( ) Otalgia ( ) Secreção ( ) Sensação de pressão nos ouvidos ( ) Outros _____

NARIZ : ( ) Obstrução nasal ( ) Coriza ( )Mucosa nasal seca ( ) Rinite

Seios da face : ( ) Congestão ( ) Dor ( ) Infecção

BOCA e GARGANTA : ( )Dentes em boas condições ( ) Odontalgia ( ) Prótese Dentária ( ) Ulcerações

( ) Gosto amargo ( ) Dor de Garganta ( ) “Bola” na Garganta ( ) Disfagia

( ) “Pigarro” na Garganta ( ) Outros _____

TIREÓIDE : ( ) Hipotireoidismo ( ) Hipertireoidismo ( ) Bócio ( ) Nódulo ( ) Tireoidite ( ) Outros _____

AP. RESPIRATÓRIO : ( ) Dispneia : ( ) Inspiratória ( ) Expiratória

( ) Tosse Seca ( ) Tosse Produtiva ( ) Asma ( ) Tuberculose ( ) Pneumonia

( ) Expectoração : ( ) Clara ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Com sangue

( ) Grande quantidade ( ) Pequena quantidade ( ) Dificuldade em expectorar

AP. CARDIO VASCULAR : ( ) Palpitação ( ) Hipertensão Arterial , que nível ? _____

( ) Doença Coronariana ( ) Doença Cardíaca , qual ?_____

( ) Dispneia aos esforços : (P) (M) (G) ( ) Claudicação Intermitente

( ) Outros _____

AP. DIGESTIVO : Apetite : ( ) Ruim ( ) Bom ( ) Excessivo ( ) Compulsivo ( ) Constante

( ) Flatulência ( ) Eructação ( ) Náusea ( ) Vômitos ( ) Regurgitação ácida

( ) Halitose ( ) Distensão abdominal ( ) Dor abdominal , onde ? _____

( ) Pirose ( ) Dispepsia ( ) Diarreia , características : _____

( ) Obstipação , ritmo intestinal : _____ ( ) Outros _____

AP. URINÁRIO : ( )Doença Renal , qual? _____ ( ) Infecção Urinária ( ) Calculose

( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Incontinência Urinária ( ) Enurese Noturna

( ) Urgência Miccional ( ) Jato de urina fraco ( ) Urina com odor forte ( ) Outros_____

AP. REPRODUTOR : Menarca _____ anos Menopausa _____ anos

_____ Gestações _____ Partos ( ) normal _____ Abortos ( ) Espontâneo

( ) Cesárea ( ) Provocado

Ciclo menstrual : Duração _____ Intervalo _____ Volume _____

Cor _____ ( ) Coágulos vermelhos ( ) Coágulos escuros ( ) Sem coágulos

Método Anticoncepcional :_____ Há quanto tempo ? _____

( )TPM ( ) Mastalgia ( ) Dor no fluxo menstrual , onde ? _____

( ) Nódulo de Mama ( ) Miomas ( ) Corrimento vaginal : _____

( ) Prurido Genital ( ) Dor genital ( ) Dispareunia

Energia Sexual : ( ) aumentada ( ) diminuída ( ) normal Frequência : _____

( ) Ejaculação precoce ( ) Perda involuntária de sêmen ( ) secreção genital _____

( ) Impotência ( )Prurido Genital ( ) Dor genital

( ) Hiperplasia de próstata ( ) Nódulos em próstata

( ) Doença Sexualmente transmissível ? _____

SISTEMA NERVOSO : ( ) Tremores ( ) Convulsões ( ) Epilepsia ( ) Parkinson ( ) AVC ( ) Outros _____

PELE E ANEXOS : ( ) Prurido ( ) Rash Cutâneo ( ) Alteração da coloração da pele ( ) Eczema

( ) Unhas ressecadas e quebradiças ( ) Outros _____

Cabelos : ( ) com brilho ( ) sem brilho ( ) Secos ( ) Oleosos ( ) Quebrados ( ) Normais

SISTEMA OSTEOMUSCULAR :

( ) Artralgia _____

( ) Artrite _____

( ) Artrose _____

( ) Fraqueza muscular _____

( ) Tensão Muscular _____

( ) Dores musculares _____

( ) Tiques musculares _____

( ) Espasmos musculares _____

( ) Câimbras _____

( ) Cervicalgia _____

( ) dorsalgia _____

( ) Lombalgia _____

( ) Edema de MMII

( ) Varizes

( ) Sensação de peso em membros

( ) Outros : _____

OBS : _____

INTERROGATÓRIO PSIQUIÁTRICO :

HUMOR:
_____

IDEAÇÃO: _____

PENSAMENTO:
_____

ATENÇÃO : _____

MEMÓRIA : Recente : ( ) Boa ( ) Fraca Antiga : ( ) Boa ( ) Fraca

( ) EMOÇÕES OU ( ) SENTIMENTOS PREDOMINANTES : ( ) Raiva ( ) Alegria ( ) Preocupação ( ) Tristeza

( ) Medo ( ) Frustração ( ) Ressentimento

( ) Pânico ( ) Impaciência ( ) Outros

ALGUMA EXPERIÊNCIA MARCANTE EM SUA VIDA ? _____

_____

_____

ATIVIDADE FÍSICA , PROFISSIONAL E RELACIONAMENTO SOCIAL :

Seus sinais e sintomas : ( ) Melhoram com exercício ( ) Pioram com exercício

Considera seu nível geral de energia : ( ) Suficiente ( ) Muito ( ) Pouco

Após alimentação, sua energia : ( ) É a mesma ( ) Aumenta ( ) Diminui

Qual tipo de atividade física pratica ? _____

Qual a frequência ? _____

Satisfação profissional : ( ) muito satisfeito ( ) satisfeito ( ) insatisfeito

Participa de grupo : ( ) Religioso ( ) Esportivo ( ) Amigos ( ) Sociedade de Bairro ( ) Entidade Beneficente

( ) Outros _____

ANTECEDENTES PESSOAIS : Idade dos pais ao nascimento : Mãe : _____ Pai : _____

Número de irmãos : _____ Filho número : _____

Condições de nascimento : _____

Doenças próprias da Infância : _____

Traumatismos Importantes : _____

( ) Câncer ( ) Diabetes ( ) Eczema ( ) Hepatite ____ ( ) Herpes I ou II

( ) HIV ou AIDS ( ) Cardiopatia ( ) Doença Coronariana ( ) DST ( ) HA

( ) outros _____

CIRURGIAS : _____

HÁBITOS E VÍCIOS : ( ) Tabagismo _____ cigarros por dia há _____ anos. ( ) Parou de fumar.

( ) Etilismo :( ) social ( ) habitual ( ) destilados ( ) não destilados ( ) Parou de beber

( ) Droga ilícita , qual ? _____

MEDICAÇÃO EM USO : _____

_____

ANTECEDENTES FAMILIARES : ( ) Câncer ( ) Diabetes ( ) Hipertensão Arterial ( ) Cardiopatias

( ) Doença Coronariana ( ) Doença Renal ( ) Doença Hepática

( ) Doença Psiquiátrica ( ) Convulsões ( )Tabagismo ( ) Etilismo

( ) outros _____

HÁBITOS ALIMENTARES : **Faz refeições regulares ? Horários :**

_____

Saboreia sua refeição ? ( ) Sim ( ) Não

Porcentagem da dieta que é cozida : _____

Porcentagem aproximada na dieta de : Vegetais _____ , Frutas _____ , Grãos _____ , Leite e derivados _____ ,

Carne vermelha _____ , Carne branca _____ , Café _____ ,

Pães, bolachas e bolos _____ .

MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

FRIO / CALOR: ( ) Tende a sentir frio ( ) Tende a sentir calor ( ) Extremidades frias ( ) Extremidades quentes

( ) Febre matutina ( ) febre vespertina ( ) Febre recorrente ( ) Calafrios

SUDORESE: ( ) Aumentada ( ) Diminuída ( ) Profusa ( ) Ausente

( ) Localizada, onde? _____

( ) Palma das mãos ( ) Plantas dos pés ( ) Sudorese fria ( ) Sudorese noturna

SEDE / LÍQUIDOS: ( ) Muita sede ( ) Pouca sede ( ) Sem sede

Prefere líquidos: ( ) frios ( ) gelados ( ) mornos ( ) quentes ( ) temperatura ambiente

Toma líquidos: ( ) pequenos goles ( ) grandes quantidades

APETITE / SABORES: ( ) Bom apetite ( ) Anorexia ( ) Compulsivo

Preferência pelo sabor: ( ) Azedo ( ) Amargo ( ) Doce ( ) Picante ( ) Salgado

Necessidade de comer: ( ) Salgado ( ) Doce ( ) Azedo ( ) Amargo ( ) Picante

Evita comer: ( ) Salgado ( ) Doce ( ) Azedo ( ) Amargo ( ) Picante

SONO: ( ) Dificuldade p/ dormir ( ) Acorda à noite, _____ horas. ( ) Tem dificuldade para voltar a dormir

( ) Sono superficial ( ) Sono profundo ( ) Sonhos perturbam o sono ( ) Dificuldade p/ acordar de manhã

( ) Cansaço e sonolência durante o dia ( ) Precisa "tirar uma soneca" durante o dia ( ) Dorme bem

DOR: INÍCIO:_____

LOCALIZAÇÃO: _____

IRRADIAÇÃO:_____

CARACTERÍSTICA : ( ) Pontada ( ) Peso ( ) Queimação ( ) Latejante ( ) Contínua ( ) Descontínua

INTENSIDADE : ( ) Forte ( ) Média ( ) Fraca

DURAÇÃO : _____ PERÍODO : ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

( ) antes de movimento

( ) após movimento

FATORES QUE ACOMPANHAM: _____

FATORES QUE MELHORAM: _____

FATORES QUE PIORAM: _____

URINA: ( ) Castanha ( ) Amarela escura ( ) Amarela clara ( ) Límpida ( ) Turva

( ) Grande quantidade ( ) Pequena quantidade

FEZES: ( )Enegrecidas ( ) Castanhas ( ) Amareladas ( ) Esbranquiçadas

( ) Consistência normal ( ) Ressecadas ( ) Diarréicas

( ) Com restos alimentares ( ) Sem restos alimentares ( ) Com muco ( ) Com sangue

Ritmo intestinal _____

EMOÇÕES / SENTIMENTOS PREDOMINANTES: ( ) Raiva ( ) Alegria ( ) Preocupação ( ) Tristeza ( ) Medo

( ) Frustração ( ) Ressentimento ( ) Pânico ( ) Impaciência

EXAME FÍSICO

SHEN : _____

VOZ : _____

PA : _____x_____ FC : _____ FR : _____ T : _____

PULSO: _____

_____

CABEÇA E PESCOÇO : _____

_____

AP. RESPIRATÓRIO: _____

_____

AP. CARDIOVASCULAR: _____

_____

ABDÔMEN: _____

_____

MEMBROS: _____

_____

EXAME NEUROLÓGICO: _____

_____

PELE E MUCOSAS: _____

_____

OUTRAS OBSERVAÇÕES: _____

_____

_____

_____

_____

_____

LÍNGUA

SHEN da língua: é a manifestação do *Jing Qi* (E essencial), *Zhen Qi* (E verdadeira) e *Zheng Qi* (E correta)

		Com *SHEN*	Sem *SHEN*
MOBILIDADE	Fácil, sob domínio do paciente	☐	
	Comprometida		☐
VITALIDADE	Presente	☐	
	Ausente		☐
HIDRATAÇÃO	Hidratada	☐	
	Desidratada		☐
CONSISTÊNCIA	Normal	☐	
	Endurecida		☐
COR	Rósea	☐	
	Alterada, opaca		☐

COR DO CORPO DA LÍNGUA – Indica as condições do *Xue, Qi* nutritivo e sistemas *Yin*

- ❑ Vermelho claro ..... normal
- ❑ Esbranquiçada ou pálida ..... Deficiência de *Yang* ou *Xue*
- ❑ Vermelha ..... calor interno
- ❑ Vermelha opaca ou escura ou carmesim ..... calor interno mais grave
- ❑ Arroxeada ou púrpura ..... estase de *Xue, Qi*
- ❑ Azulada ..... acúmulo de frio

FORMA DA LÍNGUA – Indicativo do *Xue* e *Qi* nutritivo e reflete o caráter cheio ou vazio da condição

- ❑ Gorda, grossa ou grande .....mucosidade, umidade
- ❑ Pequena, magra e fina ..... deficiência crônica
- ❑ Laterais aumentadas ..... mucosidade
- ❑ Rachaduras .....Deficiência de *Yin*
- ❑ Pontos vermelhos ..... calor perverso abundante
- ❑ Brilho ..... deficiência de *Tin Ye* e *Xue*
- ❑ Vasos da face inferior ..... estase de *Xue* e congestão de *Qi*
- ❑ Marcas de dentes ..... mucosidade

UMIDADE

- ❑ Seca ..... insuficiência *Tin Ye*, excesso de calor
- ❑ Úmida ..... Normal
- ❑ Umidade aumentada .....Umidade , Mucosidade

MOBILIDADE DA LÍNGUA

- ❑ Rígida ..... plenitude
- ❑ Trêmula ..... deficiência de Qi, Xue e Yang, vento externo ou interno
- ❑ Agitada ..... calor ou vento
- ❑ Atrófica ..... vazio extremo
- ❑ Desviada ..... vento interior
- ❑ Difícil exposição ....Deficiência *Qi* Nutrição

SABURRA – Reflete o *Qi* do Estômago e Baço, *Tin Ye* e *Wei Qi*

COR DA SABURRA

- ❑ Branca.....normal quando fina e frio interior quando espessa
- ❑ Acinzentada ..... mucosidade
- ❑ Amarela ..... calor interno
- ❑ Preto – enegrecido ..... energia perversa no profundo
- ❑ Sem Saburra..... Deficiência de Yin

ESPESSURA

- ❑ Fina ..... normal ou ataque externo de vento
- ❑ Espessa ..... energia perversa aprofundando e acúmulo mucosidade
- ❑ Ausente ..... def. *Yin* Estômago e do Rim
- ❑ Gorduroso ..... moderada mucosidade, acúmulo alimentos, ataque energia perversa *Yin*

LOCALIZAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

( ) Ponta da língua .....Coração

( ) Laterais da língua .....Fígado / Vesícula Biliar

( ) Centro da língua .....Baço-Pâncreas / Estômago

( ) Base da língua .....Rim / Intestinos

( ) Região entre ponta e centro .....Pulmão

OBSERVAÇÕES: _____

_____

_____

_____

RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES

HEMOGRAMA: (___/___) _____

_____

_____

_____

BIOQUÍMICA: (___/___) _____

_____

_____

_____

URINA TIPO I: (___/___) _____

_____

UROCULTURA: (___/___) _____

_____

EXAMES RADIOLÓGICOS:

RX (___/___) _____

_____

TOMOGRAFIA (___/___) _____

_____

RESSONÂNCIA (RNM) (___/___) _____

_____

ULTRASSONOGRAFIA: (___/___) _____

_____

OUTROS: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA: ____/____ NÚMERO DA SESSÃO: _____

Q.P : _____

_____

PULSO:_____ LÍNGUA: _____

TRATAMENTO REALIZADO: _____

_____

REAÇÕES ADVERSAS AO TRATAMENTO : _____

MÉDICO: ORIENTADOR:

DATA: ____/____ NÚMERO DA SESSÃO: _____

Q.P : _____

_____

PULSO:_____ LÍNGUA: _____

TRATAMENTO REALIZADO: _____

_____

REAÇÕES ADVERSAS AO TRATAMENTO : _____

MÉDICO: ORIENTADOR:

DATA: ____/____ NÚMERO DA SESSÃO: _____

Q.P : _____

_____

PULSO:_____ LÍNGUA: _____

TRATAMENTO REALIZADO: _____

_____

REAÇÕES ADVERSAS AO TRATAMENTO : _____

MÉDICO: ORIENTADOR:

ANEXO II
Levantamento de condições de saúde
ambulatório de acupuntura

Idade:_____ Ocupação:_____
Sexo:_____ Escolaridade:_____

1. **Com qual frequência você costuma ir ao médico?**

   ( ) vez por semestre
   ( ) vez por ano
   ( ) quando sinto algum mal estar

2. **Como você considera seu estado de saúde:**
   Excelente ( )
   Bom ( )
   Razoável ( )
   Mau ( )
   Péssimo ( )

3. **Você tem alguma limitação física devido ao seu estado de saúde?**

   Sim ( ) De que tipo:_____
   Não ( )

4. **Algum médico diagnosticou alguma doença crônica?**

   Se sim, de que tipo? _____

5. **Algum médico diagnosticou alguma doença nervosa ou emocional?**

   Se sim:
   Nervos ( )
   Depressão ( )
   Esgotamento ( )
   Outras_____
   Não diagnosticou ( )

6. **Você, nos últimos três anos, sofreu algum acidente que lhe causou alguma lesão ou dor constante?**

   Se sim, que tipo de acidente_____

7. **Com qual frequência você se sente só:**
   Sempre ( )
   Muitas vezes ( )
   Às vezes ( )
   Nunca ( )

8. Com qual frequência você se sente triste:

Sempre ( )
Muitas vezes ( )
Às vezes ( )
Nunca ( )

9. Você sente dificuldade para adormecer?

Sempre ( )
Muitas vezes ( )
Às vezes ( )
Nunca ( )

10. Você costuma usar medicamentos?

Sim ( ) de que tipo_____
Não ( )

11. Nos últimos três anos, os remédios que você tomou ou toma foram receitados por:

Receitas atuais passadas por médicos ( )
Receitas anteriores ( )
Indicações da farmácia ( )
Indicações de amigos ( )
Indicações de familiares ( )

12. De qual doença você tem medo e gostaria de evitar

_____

13. Você acha que leva uma vida saudável?

Muito saudável ( )
Bastante saudável ( )
Pouco saudável ( )
Nada saudável ( )

14. Você faz algum regime ou dieta específica?

Por ordem médica ( )
Por minha decisão, para me sentir bem ( )
Por minha decisão para emagrecer ( )

15. Você:

Fuma não ( ) sim ( ) Com frequência (cigarros/dia)
Consome bebida alcoólica não ( ) sim ( ) Com frequência ( )

16. Nos últimos três anos quantas vezes você foi:

Ao dentista ( )
Ao oftalmologista ( )
Ao ginecologista ( )

17. Nos últimos três anos você fez exames de controle de:

Pressão arterial/alta ( )
Nível de colesterol ( )
Mama ( )
Útero ( )
Próstata ( )

18. Você já teve alguma experiência negativa em situação de atendimento médico?
Se sim, como foi:

_____
_____

19. Por que você esta fazendo acupuntura?

Para aliviar alguma dor ( )
Para aliviar a tristeza ( )
Por ter alguma doença crônica ( )
Por ter alguma limitação ( )
Por indicação médica ( )
Por decisão pessoal, para se sentir bem ( )

20. Você teve alguma experiência com acupuntura nos últimos três anos?
Se sim, como foi:

Excelente ( )
Boa ( )
Razoavelmente boa ( )
Ruim ( )
Péssimo ( )

Se sim, por quê?:

_____
_____

Se ainda não teve experiência com acupuntura qual é a sua expectativa:

_____
_____

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: ***"Implantação do Ambulatório de Acupuntura na Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo – um estudo de caso"***. O objetivo deste estudo é analisar o atendimento de acupuntura no ambulatório na SAA, a fim de possibilitar a melhoria do atendimento e traçar novos programas de ampliação do acesso às Práticas Médicas Heterodoxas em outros ambientes de trabalho.
Portanto, gostaríamos de convidar o Sr. ou a Sra. para participar desta pesquisa.
Salientamos que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos pacientes.
Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Tendo sido informado (a) sobre a pesquisa
Eu, _____, telefone _____, aceito a participar, por livre e espontânea vontade, desta pesquisa.

São Paulo, _____

_____
Assinatura do (a) participante

_____
Assinatura do pesquisador
Comitê de ética em pesquisa – COEP/FSP
Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica
Fone: 11 3061-7779/7742

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

O projeto de pesquisa intitulado ***"Implantação do Ambulatório de Acupuntura na Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo – um estudo de caso"*** de responsabilidade do pesquisador Alexandre Massao Yoshizumi visa coletar informações dos prontuários do Ambulatório de Acupuntura da SAA, com o objetivo de analisar o atendimento de acupuntura, a fim de possibilitar a melhoria do atendimento e traçar novos programas de ampliação do acesso às Práticas Médicas Heterodoxas em outros ambientes de trabalho.

Desta forma, como pesquisador me comprometo, em caráter irrevogável e por prazo indeterminado, em manter absoluto e total sigilo e confidencialidade em relação à identificação dos informantes da pesquisa e declaro que somente as informações, relativas ao objetivo da investigação acima citada, serão coletadas para a realização do projeto de pesquisa.

São Paulo,

_____

Alexandre Massao Yoshizumi
Mestrando da Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo
Fone: 11 3061-7122

Alexandre Massao Yoshizumi

Graduação em Faculdade de Medicina PUC/SP pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1999). Especialista em Acupuntura e Clínica Médica. Mestrando da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) - 2008 - 2010.

(Texto informado pelo autor)

Links para Outras Bases: SciELO - Artigos em texto completo

Última atualização em 11/08/2010

Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/2964079948396936

Dados Pessoais

Nome Alexandre Massao Yoshizumi

Nascimento 12/10/1974 - SÃO PAULO/SP - Brasil

CPF 25156518877

Formação Acadêmica/Titulação

2008 Mestrado em Programa de Pós Graduação em Saúde Pública.
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, FSP-USP, Brasil
Título: Perfil dos usuários do Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo: um estudo de caso.
Orientador: Maria da Penha Costa Vasconcellos

2002 - 2009 Especialização em TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLINICA MÉDICA, SBCM, Brasil
Título: Clínica Médica e Acupuntura

2000 - 2002 Especialização em TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ACUPUNTURA.
COLÉGIO MÉDICO DE ACUPUNTURA, CMA, Brasil
Título: Casos Clínicos tratados pela Acupuntura

1998 - 2000 Especialização em ESPECIALIZAÇÃO em Medicina Tradicional Chinesa.
Associação Médica Brasileira de Acupuntura, AMBA, Sao Paulo, Brasil
Título: Casos Clínicos atendidos no ambulatório de Acupuntura

1994 - 1999 Graduação em Faculdade de Medicina PUC/SP.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Sao Paulo, Brasil

1989 - 1991 Ensino Médio (2o grau).
Colégio Bandeirantes, CB*, Sao Paulo, Brasil

Formação complementar

2009 - 2009 Curso de curta duração em Yamamoto New Scalp Acupuncture Seminar.
Yamamoto Hospital Acupuncture Institute, YNSA, Japão

2006 - 2006 Curso de curta duração em Yamamoto New Scalp Acupuncture Seminar.
Yamamoto Hospital Acupuncture Institute, YNSA, Japão

2004 - 2004 Curso de curta duração em Curso de Auriculomedicina.
Associação Médica Brasileira de Acupuntura, AMBA, Sao Paulo, Brasil

2003 - 2003 Curso de curta duração em Curso de Laser em Acupuntura.
Associação Médica Brasileira de Acupuntura, AMBA, Sao Paulo, Brasil

2003 - 2003 Curso de curta duração em Workshop de Aurículo Acupuntura.
Associação Médica Brasileira de Acupuntura, AMBA, Sao Paulo, Brasil

2002 - 2002 Curso de curta duração em Acupuntura Craniana Método de Yamamoto.
Instituto Van Nghi do Brasil, PGAT, Brasil

2000 - 2000 Curso de curta duração em 16th Annual International Symposium on Acupuncture.
International College of Acupuncture & Electro therapeutics, F.I.C.A.E., Estados Unidos

Atuação profissional

1. Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA

Vínculo institucional

2006 - Atual Vínculo: Colaborador , Enquadramento funcional: Diretor de Marketing, Regime: Parcial

2. Hospital do Servidor Público Estadual FMO - HSPE

Vínculo institucional

2001 - Atual Vínculo: Colaborador , Enquadramento funcional: Coordenador e Preceptor do Amb. Acupuntura , Carga horária: 8, Regime: Parcial

3. Clinicca Médica Dr.Edson Yoshizumi Ltda - CMEY

Vínculo institucional

2000 - Atual Vínculo: Sócio proprietário , Enquadramento funcional: Médico responsável , Carga horária: 40, Regime: Integral

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 11/08/2010 às 09:33:52.

Maria da Penha Costa Vasconcellos

Graduada em Psicologia e mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo/USP (2000). Docente na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Mestrado e Doutorado, com ênfase em questões da sociedade contemporânea e saúde pública. Membro fundador do Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Saúde Pública e responsável pelo Centro de Memória da Saúde Pública/FSP - USP. Atua na linha de pesquisa "Ciencias Sociais, Saúde Pública e questões contemporâneas", particularmente, nos recortes temáticos: desigualdade social, historia social e cultural das práticas de saúde, dimensões subjetivas do processo de adoecimento, cotidiano e modos de vida de grupos sociais, pesquisa social.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 19/07/2010
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/3628660302048530

Certificado pelo autor em 19/07/10

Dados pessoais

Nome Maria da Penha Costa Vasconcellos

Nome em citações bibliográficas VASCONCELLOS, M. P.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Avenida Dr. Arnaldo 715
Cerqueira César
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667703 (11) 30667703 Fax: (11) 30850240
URL da Homepage: http://www.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

2008 Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Ensaio sobre a Fenomenologia Interpretativa na perspectiva de Alfred Schutz: uma contribuição à pesquisa qualitativa na investigação em Saúde Pública.
Nota de aprovação 9,54, *Ano de obtenção:* 2008.
Palavras-chave: ciencias sociais; investigação; saúde pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

2004 Livre-docência.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: A contribuição da psicologia social no campo da Saúde Pública.Nota de aprovação:10,0, *Ano de obtenção:* 2004.
Palavras-chave: Departamento de Psicologia Social.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Psicologia / *Subárea:* Psicologia Social.
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.

1995 - 2000 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Os (des)caminhos da formação sanitária e os direitos sociais: uma reflexão a partir da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, *Ano de Obtenção:* 2000.
Orientador: Jair Lício Ferreira Santos.
Palavras-chave: Formação Sanitária; políticas públicas; políticas sociais.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

1986 - 1992 Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) (Conceito CAPES 4) .
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: A doença mental acima de qualquer suspeita: Franco da Rocha e a prática psiquiatrica na cidade de SÃo Paulo - 1885 à 1923, *Ano de Obtenção:* 1992.
Orientador: Mary Jane Paris Spink.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, , .
Palavras-chave: politicas publicas; psiquiatria; psicologia social.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

1990 - 1991 Especialização em Saúde Pública . (Carga Horária: 1092h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1974 - 1979 Graduação em Psicologia .
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Atuação profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

1989 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Livre docente, Regime: Dedicação exclusiva.

Atividades

5/2010 - Atual Ensino, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação.

Disciplinas ministradas
Seminários de Pesquisa Social Contemporânea: teorias, métodos e tecnicas de investigação.

3/2010 - Atual Atividades de Participação em Projeto, Ministerio da Saúde/ CEAP, .

Projetos de pesquisa
Convênio 097912/2009. Vice-coordenadora.

2010 - Atual Outras atividades técnico-científicas , FAPESP, .

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo