

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Avaliação da qualidade de vida de portadores de dor crônica tratados
com acupuntura**

Kátia dos Santos Lima

Passo Fundo

2014

Kátia dos Santos Lima

Avaliação da qualidade de vida de portadores de dor crônica tratados com acupuntura
Clique aqui para digitar o subtítulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella

Coorientador:

Prof. Dr. Adriano Pasqualotti

Passo Fundo

2014

CIP – Catalogação na Publicação

- L732a Lima, Kátia dos Santos
Avaliação da qualidade de vida de portadores de dor crônica tratados com acupuntura / Kátia dos Santos Lima. – 2014.
[93] f. ; 30 cm.
- 1.Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, 2014.
2.Orientadora: Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella.
3.Coorientador: Prof. Dr. Adriano Pasqualotti.
1. Envelhecimento. 2. Qualidade de vida. 3. Acupuntura.
4. Idoso. 5. Medicina chinesa. I. Portella, Marilene Rodrigues, orientadora. II. Pasqualotti, Adriano, coorientador. III. Título.

CDU: 613.98
615.814.1

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Avaliação da qualidade de vida de portadores de dor crônica tratados com acupuntura”

Elaborada por

KÁTIA DOS SANTOS LIMA

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 16/12/2014
Pela Banca Examinadora


Prof. Dr. Marlene Rodrigues Portella
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora


Prof. Dr. Marlene Doring
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Prof. Dr. Adriano Pasqualotti
Coorientador - Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Prof. Dr. Fátima Ferretti
Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ


Prof. Dr. Denize Cornélio Luz
Universidade de Passo Fundo – UPF/FEFF

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, Osvaldo (*in memoriam*) e Maria de Lourdes e aos meus irmãos, Osvaldo e Rogério, que sempre me incentivaram a trilhar pelos caminhos da vida com humildade, dignidade, respeito, ética, compreensão e amor. Obrigada pelo exemplo de determinação e força e por possibilitarem a minha chegada até aqui.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me abençoar com uma saúde perfeita e me presentear com uma família maravilhosa, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella, por acreditar em mim e me mostrar e ensinar com toda sua experiência e competência, o caminho da ciência. Muito obrigada pelo apoio, incentivo e valiosos ensinamentos.

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.

Ao meu querido amor, Ericson Becker, que está sempre ao meu lado, torcendo pelas minhas vitórias e me apoiando em todos os momentos.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Adriano Pasqualotti, pela disponibilidade, pelo auxílio na análise estatística dos resultados da pesquisa, pela orientação das normas utilizadas no programa de mestrado.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

À minha colega de trabalho e amiga, Tanize de Oliveira, que sempre esteve do meu lado dando força e apoio.

À equipe da Clínica TAO, por me receberem tão bem, pela oportunidade de realização desta pesquisa e pela confiança em meu trabalho.

RESUMO

LIMA, Kátia dos Santos. Avaliação da qualidade de vida de portadores de dor crônica tratados com acupuntura. 2014. [93] f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

Com a ampliação da expectativa de vida da população, e o conseqüente aumento de pacientes portadores de dor crônica, torna-se necessário um melhor entendimento acerca dos tratamentos utilizados para o alívio dos sintomas. Dentre os tratamentos alternativos, a acupuntura tem um lugar de destaque por proporcionar o alívio das dores e, em alguns dos casos, evitar o cenário comum encontrado entre as pessoas em tratamento de uma condição crônica que resulta em polifarmácia e efeitos deletérios inesperados a saúde geral do paciente. Este estudo objetivou verificar a qualidade de vida de adultos portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura e o perfil clínico e sócio-demográfico desses participantes. O estudo é do tipo transversal, onde foram entrevistados vinte participantes, que estavam em tratamento em uma clínica especializada em acupuntura, localizada no norte do RS. Utilizou-se o instrumento SF-36 e um questionário semi-estruturado que abordava perguntas relacionadas às características sociais, demográficas e clínicas. A amostra apresentou-se com predominância feminina, vivendo maritalmente e com a maioria dos participantes engajados em atividades laborais intelectuais. Ao avaliar a qualidade de vida, o maior escore obtido foi na dimensão aspectos sociais seguida de limitação por aspectos emocionais. Os menores escores foram nas dimensões saúde mental e dor. Os resultados obtidos indicam que a acupuntura favorece a uma percepção positiva da qualidade de vida de portadores de dor crônica. Apesar da presença da dor e do bem-estar prejudicado, observa-se uma auto-percepção favorável das interatividades sociais e da realização das atividades da vida diária por parte dos participantes.

Palavras-chave: 1. Dor. 2. Acupuntura. 3. Idoso. 4. Qualidade de vida.

ABSTRACT

LIMA, Kátia dos Santos. Quality of life assessment of patients with chronic pain treated with acupuncture. 2014. [93] f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

With the expansion of the population life expectancy, and the consequent increase in patients with chronic pain, it becomes necessary a better understanding of the adopted treatments for the relief of symptoms. Among the alternative treatments, acupuncture has an important place for providing pain relief and, in some cases, avoiding the common scenario found among people being treated for a chronic condition that results in polypharmacy and unexpected deleterious effect on the patient's overall health. This study aimed to verify the quality of life of adults with chronic pain treated with acupuncture and their clinical and sociodemographic profile. The study is cross-sectional, where twenty participants were interviewed they were all being treated in a clinic specializing in acupuncture, located in northern Brazil. It was used the SF-36 instrument to know about their own perception of quality of life and a semi-structured questionnaire that addressed questions regarding the social, demographic and clinical characteristics. The sample was presented with female predominance, living with a partner and most participants engaged in intellectual labor activities. When evaluating the quality of life, the greatest score obtained was the social aspect followed by role emotional. The lowest scores were in the dimensions mental health and pain. The results indicate that acupuncture promotes a positive perception of quality of life of patients with chronic pain. Despite the presence of pain and impaired well-being, there is a positive self-perception of social interactivity and performance of activities of daily living by the participants.

Key words: 1. Pain. 2. Acupuncture. 3. Elderly. 4. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Características sócio-demográficas. | 22 |
| Tabela 2 - Análise descritiva do tempo de tratamento, em anos completos, e dos escores das dimensões do SF-36, de 20 portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. Passo Fundo, 2010..... | 24 |
| Tabela 3 - Análise do perfil clínico com relação aos escores das dimensões do SF-36, de 20 portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. Passo Fundo, 2010..... | 26 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-------|--------------------------------------------------------------|
| IASP | International Association for the Study of Pain |
| PNPIC | Poliítica Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| SBC | Sociedade Brasileira de Cefaléia |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UPF | Universidade de Passo Fundo |

SUMÁRIO

| | | |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | PRODUÇÃO CIENTÍFICA I | 16 |
| | AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOR CRÔNICA TRATADOS COM ACUPUNTURA | 16 |
| 2.1 | <i>Introdução</i> | 17 |
| 2.2 | <i>Metodologia</i> | 20 |
| 2.3 | <i>Discussão</i> | 30 |
| 2.4 | <i>Conclusões</i> | 33 |
| 2.5 | <i>Referências</i> | 34 |
| 3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 38 |
| | REFERÊNCIAS | 39 |
| | ANEXOS | 43 |
| Anexo A. | <i>Instrumento de coleta de dados I (SF-36)</i> | 44 |
| | Qualidade de Vida de Portadores de Dor Crônica em Tratamento com Acupuntura | 45 |
| | APÊNDICES | 50 |
| Apêndice A. | <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i> | 51 |
| Apêndice B. | <i>Projeto de pesquisa</i> | 56 |
| 1 | DADOS DE IDENTIFICAÇÃO | 58 |
| 1.1. | <i>Título</i> | 58 |
| 1.2. | <i>Autores</i> | 58 |
| 1.3. | <i>Orientador</i> | 58 |
| 1.4. | <i>Co-orientador</i> | 58 |
| 1.5. | <i>Vigência</i> | 58 |
| 1.6. | <i>Palavras-chave</i> | 58 |
| 2 | FINALIDADE | 59 |
| 3 | PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE PESQUISA | 59 |
| 4 | JUSTIFICATIVA | 61 |
| 5 | OBJETIVO DA PESQUISA | 62 |
| 5.1. | <i>Objetivo geral</i> | 62 |
| 5.2. | <i>Objetivos específicos</i> | 62 |
| 6 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 62 |

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| 6.1. Envelhecimento | 62 |
| 6.2. Dor Crônica | 64 |
| 6.3. Qualidade de Vida | 70 |
| 6.4. Acupuntura | 73 |
| 7 HIPÓTESES | 79 |
| 8 METODOLOGIA | 79 |
| 8.1. Delineamento geral do estudo | 79 |
| 8.2. População de estudo e procedimento amostral | 79 |
| 8.3. Procedimentos de coleta de dados | 80 |
| 8.4. Análise dos dados | 81 |
| 8.5. Considerações éticas | 81 |
| 9 CRONOGRAMA | 82 |
| 10 ORÇAMENTO | 83 |
| 11 REFERÊNCIAS | 83 |
| <i>Apêndice C. Instrumento de coleta de dados II</i> | 89 |

1 INTRODUÇÃO

Cada vez mais se fala sobre qualidade de vida. E com isso temos a consequente preocupação em entender, avaliar e proporcionar mais qualidade de vida a população. Apesar de se saber que o termo qualidade de vida engloba diversos parâmetros das áreas de saúde, arquitetura, lazer, gastronomia, esportes, educação, meio ambiente, segurança, entretenimento, enfim, tudo que envolva o ser humano, sua cultura e seu meio, a saúde e qualidade de vida são termos estreitamente relacionados, a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo tenha saúde.

Segundo Gonçalves (2004), a esfera subjetiva de compreensão de qualidade de vida diz respeito ao estilo de vida do sujeito, que se caracteriza como os hábitos aprendidos e adotados durante toda a vida, relacionados com a realidade familiar, ambiental e social. São ações que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, em que devem ser considerados elementos concorrentes ao bem-estar pessoal, controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais.

Para Gonçalves e Vilarta (2004) qualidade de vida é maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, o que está relacionado a sua saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) define qualidade de vida: “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Segundo Silvestre e Costa (2003), o processo de envelhecimento, na maioria das vezes, não se caracteriza como um período saudável

e de independência. Ao contrário, caracteriza-se pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência.

A dor crônica pode ser definida como a dor contínua ou recorrente de duração mínima de seis meses; sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas (PIMENTA e TEIXEIRA, 1997).

Mais de um terço da população brasileira julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de três quartos considera que a dor crônica é limitante para as atividades recreacionais, relações sociais e familiares (TEIXEIRA; TEIXEIRA e SANTOS, 2001). Tais limitações pode afetar a qualidade de vida do indivíduo portador da dor crônica.

Os efeitos neurobiológicos da acupuntura, que atua também sobre os neurotransmissores relacionados com a dor e a depressão, qualificam o método como útil e adequado na terapêutica da dor crônica (WHITECLOUD, 2000).

Derivada dos radicais latinos acus e pungere, que significam agulha e puncionar, respectivamente, a acupuntura visa à terapia e cura das enfermidades pela aplicação de estímulos através da pele, com a inserção de agulhas em pontos específicos (SCHOEN,1993).

Em relação aos mecanismos de ação da acupuntura, umas das explicações é que acupuntura agiria como um estímulo nociceptivo, estimulando a fibra A delta, cujos impulsos trafegam mais velozmente do que os estímulos de dor carregados pelas fibras C não mielinizadas, e através de conexões neuronais dentro do mesencéfalo, geraria um impulso inibitório descendente, gerando analgesia. Isso em parte explicaria por que uma

agulha introduzida em um local longe do sítio de dor poderia levar à analgesia do mesmo (VICKERS e ZOLLMAN, 1999).

Para Sierpina e Frenkel (2005), acupuntura também estimularia a liberação de opióides endógenos e neurotransmissores como serotonina, o que explicaria o mecanismo de controle da dor crônica. Por outro lado, a presença de uma agulha pode ser interpretada como um estímulo imunomodulador, ativando a liberação de fatores mediadores de inflamação localmente.

O estudo demonstra a sua relevância a partir do pressuposto de que a acupuntura, por ser uma terapia milenar, amplamente utilizada na medicina oriental e por ter sua eficácia comprovada e sua aplicação recomendada pelos órgãos mundiais de saúde, pode contribuir para uma melhor abordagem de tratamento da dor crônica, complementando as intervenções tradicionais já realizadas.

Dessa forma, esta pesquisa buscou verificar a qualidade de vida de adultos portadores de dor crônica que estejam em tratamento com acupuntura.

O texto expõe a produção científica, demonstrando o artigo que discute os achados da pesquisa realizada. Em seguimento trata das conclusões, recomendações e sugestões prováveis para pesquisas futuras.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOR CRÔNICA TRATADOS COM ACUPUNTURA

Resumo: Objetivou-se verificar a qualidade de vida de adultos portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura, o perfil clínico e as características sócio-demográficas. É um estudo transversal, onde foram entrevistados vinte participantes, utilizando o instrumento SF-36 para a avaliação da qualidade de vida e um questionário semi-estruturado sobre as características clínicas e sócio-demográficas. O maior escore obtido em relação à qualidade de vida foi na dimensão aspectos sociais, seguida de limitação por aspectos emocionais. Os menores escores foram nas dimensões saúde mental e dor. Grande parte da amostra caracterizou-se por ser do sexo feminino, vivendo maritalmente e por desempenhar atividades laborais de esforço intelectual. Concluiu-se que, apesar da presença da dor e do bem-estar desfavorecido, há uma boa percepção da qualidade de vida, principalmente em relação as suas interatividades sociais e seu desempenho na realização das atividades da vida diária.

Palavras-chave: Dor; Qualidade de vida; Acupuntura

Abstract: Aimed to verify the quality of life of adults with chronic pain treated with acupuncture, the clinical profile and the socio-demographic characteristics. A cross-sectional study in which we interviewed twenty participants, using the SF-36 instrument

for assessing the quality of life and a semi-structured interview on clinical and socio-demographic. The highest score obtained on the quality of life was the social aspect, followed by role emotional. The lowest scores were in the dimensions mental health and pain. Most of the sample was characterized by being female, living with a partner and performing labor activities related to intellectual efforts. It was concluded that, despite the presence of pain and disadvantaged welfare, there is a good perception of quality of life, especially regarding to their social interactivity and performance in carrying out the activities of daily living.

Keywords: Pain; Quality of life; Acupuncture.

2.1 *Introdução*

Para Minayo et al. (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pressupõe uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem estar. O termo abrange muitos significados, os quais refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes.

O grupo de Qualidade de Vida, criado pela OMS, The WHOQOL Group (1995), definiu o termo como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Envelhecer é um processo tão natural quanto nascer, crescer e mudar; mudar no sentido de sofrer transformações acompanhadas de alterações, que vão desde a mudanças físicas ao comportamento e aos papéis sociais, passando pelas experiências e relações estabelecidas ao longo dos anos (PORTELLA, 2004). Entre as consequências

que a transição demográfica e a longevidade têm trazido à sociedade, a dor crônica destaca-se e merece atenção principalmente por parte dos profissionais que a observam e a tratam.

A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) preconiza a dor crônica como aquela com duração maior que seis meses e de caráter contínuo ou recorrente. Sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta e é também considerada a causa de incapacidades e inabilidades prolongadas (TEIXEIRA et al., 2001; MERSKEY, 2004). A IASP também conceitua a dor como uma experiência emocional e sensorial desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos. É uma experiência subjetiva e pessoal, que envolve aspectos sensitivos e culturais e pode ser alterada pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio (PIMENTA; TEIXEIRA, 2000).

As afecções do aparelho locomotor são as causas mais frequentes de ocorrência de dor crônica. Estima-se que 40% dos indivíduos manifestarão dor músculo-esquelética crônica em algum momento da vida (TEIXEIRA; PIMENTA, 1995). Mais de um terço da população brasileira julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de três quartos considera que a dor crônica é limitante para as atividades recreacionais, relações sociais e familiares (TEIXEIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2001). Entre as principais causas de dor crônica no aparelho locomotor podemos citar: dores na coluna, dor miofascial, fibromialgia, osteoartrose, periartrites, entre outras (GARCIA; CALICH, 2002).

A dor crônica, de um modo geral, tende a afetar a qualidade de vida do indivíduo, pois frequentemente manifesta sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite, libido, manifestações de irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais (WEST, 2000).

A acupuntura tem sido indicada para o tratamento de diversas condições dolorosas crônicas (WHITECLOUD, 2000). A sua eficácia no tratamento das dores músculo-esqueléticas crônicas está comprovada em diversas situações (IRNICH et. al., 2001). O tratamento com a acupuntura resulta em melhora da percepção subjetiva da qualidade de vida relacionada à saúde independente da queixa principal, da localização da dor, e do número de comorbidades e do consumo de medicamentos, permitindo o retorno ao trabalho e um melhor desempenho nas atividades de vida diária (SANCHEZ et al., 2004).

Linde et al (2006) aferiram que após a conclusão das sessões de tratamento por acupuntura, os pacientes afirmaram sentir menos dor, diminuíram a dosagem de medicamento, melhoraram a aptidão e a funcionalidade física e obtiveram também melhores resultados em relação a saúde mental, apresentando uma menor taxa de fator de risco para depressão.

Segundo Andrade et al. (2004) a acupuntura é um método simples por utilizar instrumentos de fácil manuseio, a agulha e, ao mesmo tempo, complexo por envolver um raciocínio com múltiplas variáveis a respeito dos processos naturais e do funcionamento orgânico do corpo. A aplicação de agulhas superficialmente sobre a pele provoca um tipo de estimulação sensorial vinda da estimulação seletiva dos acupontos.

Em 2006 o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006), a qual trouxe forte respaldo ao desenvolvimento da acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção, também a estruturação e o fortalecimento da atenção em acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da terapia milenar em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de adultos portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura e verificar o perfil clínico e as características sociodemográficas.

2.2 Metodologia

O estudo é transversal, com abordagem quantitativa, realizado em uma clínica especializada em acupuntura, localizada no município de Passo Fundo, norte do Rio Grande do Sul no período entre Março e Julho de 2010.

Foram entrevistados vinte participantes que atenderam aos critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, ser portador de dor crônica e estar em atendimento na clínica selecionada. O critério de exclusão delimitou-se em ter o diagnóstico de câncer.

A coleta de dados foi realizada no domicílio de cada participante através de entrevista com duração em torno de 30 minutos, conduzida pela própria pesquisadora que utilizou um questionário genérico de qualidade de vida utilizado internacionalmente, o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), validado para uso na população brasileira por Ciconelli (1999).

O SF 36 é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, originalmente formulado na língua inglesa, tendo sido traduzido para o português e validado junto à população brasileira. É um questionário multidimensional que contém 36 itens, agrupados em 08 escalas/dimensões (WARE e SHERBOURNE, 1992):

- Capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas);

-
- Aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais);
 - Dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais);
 - Estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde);
 - Vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde);
 - Aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais);
 - Aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais);
 - Saúde mental (escala de humor e bem-estar).

As escalas são apresentadas em escores que variam de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior auto-avaliação em relação a qualidade de vida e cem a melhor percepção.

Para obtenção dos dados sócio-demográficos, estruturou-se um instrumento que compreendia as variáveis: gênero, faixa etária, ocupação, renda mensal, local de residência e de nascimento, religião, estado marital, escolaridade e tempo de tratamento na clínica.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, parecer n.872.361. Os participantes da pesquisa foram orientados sobre os objetivos do estudo e quanto ao caráter voluntário e confidencial de sua participação. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados relativos ao perfil sócio demográfico e clínico foram inseridos e tabulados em planilha eletrônica com as análises de estatísticas descritivas realizadas no

programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences). A análise dos resultados obtidos com a aplicação SF36 foi feita conforme propõe o próprio instrumento.

Resultados

De acordo com os resultados descritos na Tabela 1, 50% da amostra tem 60 anos ou mais. O percentual de homens é de 20%; Em relação ao grau de escolaridade, apenas 15% possuem o 1º grau incompleto. O percentual de sujeitos da amostra que a atividade laboral exige esforço físico é de 40%; e a maioria, 65% do grupo está vivendo maritalmente.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas.

| Variáveis | n | % |
|----------------------|----|----|
| Sexo | | |
| Feminino | 16 | 80 |
| Masculino | 4 | 20 |
| Faixa etária | | |
| Menos que 60 anos | 10 | 50 |
| 60 anos ou mais | 10 | 50 |
| Vivendo maritalmente | | |
| Sim | 13 | 65 |

| Variáveis | n | % |
|---------------------------------|----|----|
| Não | 7 | 35 |
| Anos de estudo | | |
| Menos de nove anos | 3 | 15 |
| Nove anos ou mais | 17 | 85 |
| Local de nascimento | | |
| Urbano | 15 | 75 |
| Rural | 5 | 25 |
| Local de residência | | |
| Urbano | 19 | 95 |
| Rural | 1 | 5 |
| Católico | | |
| Sim | 17 | 85 |
| Não | 3 | 15 |
| Renda Mensal | | |
| Menos de cinco salários mínimos | 10 | 50 |
| Cincosalários mínimos ou mais | 10 | 50 |
| Ocupação | | |
| Profissão de esforço físico | 8 | 40 |
| Profissão atividade intelectual | 12 | 60 |

A Tabela 2 mostra que o maior escore obtido foi na dimensão aspectos sociais (85,8) seguido de limitação por aspectos emocionais (80,0) e vitalidade (75,0). Os

menores escores representam as dimensões saúde mental (58,2), dor (63,3) e estado geral de saúde (65,5).

Tabela 2 - Análise descritiva do tempo de tratamento, em anos completos, e das médias das dimensões do SF-36, de 20 portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. Passo Fundo, 2010.

| Variáveis | M | DP | IC _{95%} | MD | AI | II |
|-----------------------|------|------|-------------------|-------|------|---------------|
| Tempo de tratamento | 3,6 | 1,8 | [2,7;4,4] | 3,0 | 4,0 | [2,0; 6,0] |
| Capacidade funcional | 73,8 | 19,7 | [64,5; 83,0] | 75,0 | 29,0 | [30,0; 100,0] |
| Aspectos físicos | 71,0 | 43,1 | [51,1; 91,4] | 100,0 | 75,0 | [0,0; 100,0] |
| Dor | 63,3 | 11,6 | [57,9; 68,8] | 62,0 | 11,0 | [41,0; 84,0] |
| Estado geral de saúde | 65,5 | 8,1 | [61,7; 69,3] | 65,0 | 14,0 | [45,0; 75,0] |
| Vitalidade | 75,0 | 9,46 | [70,6; 79,4] | 72,5 | 10,0 | [60,0; 95,0] |
| Aspectos sociais | 85,8 | 12,3 | [80,1; 91,6] | 88,0 | 25,0 | [63,0; 100,0] |
| Aspectos emocionais | 80,0 | 41,5 | [60,8; 99,2] | 100,0 | 0,0 | [0,0; 100,0] |
| Saúde mental | 58,2 | 6,1 | [55,3; 61,1] | 56,0 | 10,0 | [48,0; 68,0] |

M: Média; DP: Desvio padrão; IC_{95%} = Intervalo de confiança para 95% de confiança; MD: Mediana; AI: Amplitude interquartilica; II: Intervalo interquartilico

A Tabela 3 apresenta o perfil clínico dos pacientes portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura com relação aos escores das dimensões do SF-36.

Os participantes diagnosticados de lombalgia tiveram a percepção negativa em relação aos aspectos físicos ($p= 0,005$) e o fato de ter hérnia de disco está diretamente relacionado à dor ($p= 0,025$) e também afeta negativamente a dimensão dos aspectos sociais ($p= 0,004$).

Observa-se que os participantes portadores de dor crônica em membro superior, assim como os que são usuários de analgésicos apresentaram uma diferença significativa ($p=0,019$; $p = 0,002$) nos escores da dimensão capacidade funcional.

Os portadores de dor crônica localizada na região cefálica, assim como os participantes que optaram pelo tratamento de acupuntura por autosugestão, não têm a qualidade de vida desfavorecida em relação à dimensão aspectos sociais ($p = 0,019$ e $p = 0,028$).

O uso da homeopatia pode estar relacionado com o comprometimento do estado geral da saúde ($p=0,040$) dos participantes. Já em relação aos aspectos sociais, a homeopatia colabora com a qualidade de vida ($p=0,019$).

Tabela 3 - Análise do perfil clínico com relação aos escores das dimensões do SF-36, de 20 portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. Passo Fundo, 2010.

| Perfil clínico | Categorias das variáveis analisadas do perfil clínico | Dimensões dos escores do SF-36 | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------|-------|------------|-------|------------------|-------|-----------------------------------|-------|--------------|-------|
| | | Capacidade funcional | | Limitação por aspectos físicos | | Dor | | Estado geral de saúde | | Vitalidade | | Aspectos sociais | | Limitação por aspectos emocionais | | Saúde mental | |
| | | Posto | p | Posto | P | Posto | P | Posto | p | Posto | p | Posto | p | Posto | p | Posto | P |
| Tendinite | Sim | 16,0 | 0,500 | 14,0 | 0,700 | 16,0 | 0,500 | 9,5 | 0,900 | 15,0 | 0,600 | 11,0 | 1,000 | 12,5 | 0,800 | 3,5 | 0,300 |
| | Não | 10,2 | | 10,3 | | 10,2 | | 10,5 | | 10,2 | | 10,4 | | 10,3 | | 10,8 | |
| Artrose | Sim | 14,2 | 0,178 | 11,8 | 0,617 | 13,5 | 0,290 | 7,2 | 0,249 | 7,0 | 0,211 | 14,3 | 0,148 | 12,5 | 0,494 | 9,2 | 0,682 |
| | Não | 9,5 | | 10,1 | | 9,7 | | 11,3 | | 11,3 | | 9,5 | | 10,0 | | 10,8 | |
| Bursite | Sim | 12,3 | 0,616 | 14,0 | 0,305 | 6,0 | 0,179 | 13,8 | 0,305 | 13,8 | 0,305 | 7,0 | 0,305 | 12,5 | 0,546 | 14,6 | 0,216 |
| | Não | 10,1 | | 9,8 | | 11,2 | | 9,9 | | 9,9 | | 11,1 | | 10,1 | | 9,7 | |
| Lombalgia | Sim | 6,1 | 0,099 | 3,6 | 0,005 | 11,0 | 0,892 | 12,7 | 0,437 | 10,7 | 0,963 | 7,1 | 0,211 | 7,5 | 0,290 | 9,3 | 0,682 |
| | Não | 11,5 | | 12,2 | | 10,3 | | 9,9 | | 10,4 | | 11,3 | | 11,2 | | 10,7 | |

Tabela 3 - Análise do perfil clínico com relação aos escores das dimensões do SF-36, de 20 portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. Passo Fundo, 2010.

| Perfil clínico | Categorias das variáveis analisadas do perfil clínico | Dimensões dos escores do SF-36 | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------|-------|------------|-------|------------------|-------|-----------------------------------|-------|--------------|-------|
| | | Capacidade funcional | | Limitação por aspectos físicos | | Dor | | Estado geral de saúde | | Vitalidade | | Aspectos sociais | | Limitação por aspectos emocionais | | Saúde mental | |
| | | Posto | p | Posto | P | Posto | P | Posto | p | Posto | p | Posto | p | Posto | p | Posto | P |
| Hérnia de disco | Sim | 6,1 | 0,530 | 7,7 | 0,230 | 5,5 | 0,025 | 8,1 | 0,306 | 8,6 | 0,445 | 4,3 | 0,004 | 8,5 | 0,395 | 8,9 | 0,497 |
| | Não | 11,9 | | 11,4 | | 12,1 | | 11,3 | | 11,1 | | 12,5 | | 11,1 | | 11,0 | |
| Tempo de quadro algíco | 5 anos ou menos | 11,8 | 0,238 | 10,0 | 0,734 | 11,2 | 0,473 | 10,7 | 0,851 | 11,2 | 0,473 | 10,3 | 0,910 | 10,0 | 0,678 | 11,0 | 0,624 |
| | Mais de 5 anos | 8,5 | | 11,1 | | 9,3 | | 10,1 | | 9,3 | | 10,7 | | 11,2 | | 9,6 | |
| Região cefálica | Sim | 15,3 | 0,146 | 14,0 | 0,305 | 12,6 | 0,546 | 9,3 | 0,765 | 9,6 | 0,842 | 17,5 | 0,019 | 12,5 | 0,546 | 5,3 | 0,118 |
| | Não | 9,6 | | 9,8 | | 10,1 | | 10,7 | | 10,6 | | 9,2 | | 10,1 | | 11,4 | |
| Região Dorsal | Sim | 8,9 | 0,157 | 9,1 | 0,208 | 9,9 | 0,624 | 9,2 | 0,270 | 8,5 | 0,082 | 9,5 | 0,427 | 10,0 | 0,678 | 9,6 | 0,427 |

Tabela 3 - Análise do perfil clínico com relação aos escores das dimensões do SF-36, de 20 portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. Passo Fundo, 2010.

| Perfil clínico | Categorias das variáveis analisadas do perfil clínico | Dimensões dos escores do SF-36 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------|-------|------------|-------|------------------|-------|-----------------------------------|-------|--------------|-------|
| | | Capacidade funcional | | Limitação por aspectos físicos | | Dor | | Estado geral de saúde | | Vitalidade | | Aspectos sociais | | Limitação por aspectos emocionais | | Saúde mental | |
| | | Posto | p | Posto | P | Posto | P | Posto | p | Posto | p | Posto | p | Posto | p | Posto | P |
| | Não | 12,8 | | 12,5 | 11,3 | 12,3 | 13,3 | 11,8 | 11,2 | 11,8 | | 11,8 | | 11,8 | | 11,8 | |
| Membros superiores | Sim | 17,6 | 0,019 | 14,0 | 0,305 | 15,3 | 0,146 | 13,8 | 0,305 | 16,5 | 0,054 | 13,1 | 0,416 | 12,5 | 0,546 | 12,0 | 0,689 |
| | Não | 9,2 | | 9,8 | | 9,9 | | 9,4 | | 9,4 | | 10,0 | | 10,1 | | 10,2 | |
| Membros inferiores | Sim | 12,3 | 0,384 | 9,5 | 0,792 | 10,7 | 0,343 | 11,5 | 0,910 | 10,3 | 0,851 | 10,2 | 0,305 | 11,6 | 0,305 | 11,8 | 0,208 |
| | Não | 7,7 | | 11,9 | | 10,0 | | 8,8 | | 10,7 | | 10,8 | | 8,7 | | 8,4 | |
| Tomada de decisão | Indicação | 6,5 | 0,216 | 7,33 | 0,358 | 5,1 | 0,093 | 5,6 | 0,146 | 7,00 | 0,305 | 3,8 | 0,028 | 5,8 | 0,146 | 7,1 | 0,305 |
| | Auto sugestão | 11,2 | | 11,0 | | 11,4 | | 11,3 | | 11,1 | | 11,6 | | 11,3 | | 11,0 | |
| Analgésico | Sim | 3,8 | 0,002 | 7,7 | 0,230 | 9,5 | 0,672 | 12,9 | 0,306 | 10,8 | 0,933 | 7,9 | 0,266 | 8,5 | 0,395 | 13,1 | 0,266 |

Tabela 3 - Análise do perfil clínico com relação aos escores das dimensões do SF-36, de 20 portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura. Passo Fundo, 2010.

| Perfil clínico | Dimensões dos escores do SF-36 | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------|-------|------------|-------|------------------|-------|-----------------------------------|-------|--------------|-------|
| | Capacidade funcional | | Limitação por aspectos físicos | | Dor | | Estado geral de saúde | | Vitalidade | | Aspectos sociais | | Limitação por aspectos emocionais | | Saúde mental | |
| | Posto | p | Posto | P | Posto | P | Posto | p | Posto | p | Posto | p | Posto | p | Posto | P |
| Não | 12,7 | | 11,49 | | 10,8 | | 9,7 | | 10,4 | | 11,3 | | 11,1 | | 9,6 | |
| Sim | 13,6 | 0,358 | 14,0 | 0,305 | 12,6 | 0,546 | 4,2 | 0,040 | 7,00 | 0,305 | 17,5 | 0,019 | 12,5 | 0,546 | 5,3 | 0,118 |
| Não | 9,9 | | 9,8 | | 10,1 | | 11,6 | | 11,1 | | 9,2 | | 10,1 | | 11,4 | |

Teste U de Mann-Whitney; valor significativo para um $p \leq 0,05$.

2.3 Discussão

A qualidade de vida dos portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura foi considerada positiva uma vez que zero representa péssima qualidade de vida e 100 ótima qualidade de vida, todas as dimensões do instrumento SF-36 apresentaram médias acima de 50.

As dimensões da capacidade funcional e limitação por aspectos físicos apresentaram um escore relativamente bom quando comparado ao escore da dor. Esse achado indica que apesar da maioria dos pacientes sentirem dores no corpo e alguma dificuldade para desenvolver suas atividades laborais, eles provavelmente não precisaram reduzir o tempo de trabalho e ainda conseguem cuidar de si e realizam as atividades da vida diária, como vestir-se e subir um lance de escada.

A percepção subjetiva geral da saúde foi considerada como positiva a partir da interpretação dos altos escores da capacidade funcional e do estado geral de saúde. Esse resultado corrobora com os achados do estudo de Brasil et al (2008) que também contou com uma amostra de participantes em tratamento com a acupuntura e obteve escores semelhantes nessas dimensões.

Entende-se a partir dos dados encontrados que mesmo que a maioria da amostra tenha se autorreferido desanimada e muito nervosa (saúde mental: 58,2), eles não têm a disposição (vitalidade: 75,0) e suas atividades sociais (aspectos sociais: 85,8) prejudicadas. Os estudos de Lamé et al (2004) e Queiroz et al. (2012) avaliaram a qualidade de vida de portadores de dor crônica atendidos em clínicas multiprofissionais e apresentaram escores distintos na dimensão aspectos sociais - 39,90 e 38,83 respectivamente, demonstrando uma discrepância em relação a percepção dos participantes deste estudo sobre a influência da condição crônica nas atividades sociais.

Na dimensão saúde mental foi encontrada a menor média dos escores. Os participantes foram questionados nesse domínio o quanto sentiam-se nervosos, desanimados, calmos e tranquilos. Percebe-se com esse resultado que apesar do

tratamento com acupuntura proporcionar aos pacientes a melhora da sintomatologia e proporcioná-los melhores condições para a realização de atividades da vida diária e para o convívio social, a dor crônica pode interferir no humor e bem estar. Esse fato pode estar relacionado à cronicidade das comorbidades, pelas possíveis tentativas em busca da cura ou minimização dos sintomas (KURITA et al., 2002) e pelas fases de recidiva e agudização da dor.

Os participantes que relataram como queixa principal a lombalgia apresentaram baixo escore na dimensão limitação por aspectos físicos. Esse resultado era previsível, uma vez que se sabe que a lombalgia constitui em causa frequente de morbidade e incapacidade laborativa. O estudo de Ehrlich (2003) indica que essa condição é mais expressiva, seguida da cefaléia, e estão entre os principais distúrbios que afetam o homem e também são causas de absenteísmo no trabalho.

As dimensões aspectos sociais e dor apresentaram resultados desfavoráveis à qualidade de vida dos participantes diagnosticados com hérnia de disco. Esses resultados são consistentes com os aspectos clínicos da patologia, que descreve a dor intensa como queixa principal, e com a história natural da enfermidade que, com as limitações impostas pelo quadro algico, podem interferir nas realizações das atividades sociais.

Diferentemente daqueles acometidos com hérnia discal, os participantes diagnosticados com dor crônica em região cefálica não alegam interações sociais prejudicadas. O que pode indicar benefícios advindos da terapêutica. Vale destacar o consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBC, 2002) ao dirimir sobre o auxílio da acupuntura no tratamento de enxaqueca e recomendação dessa terapia, dentre os tratamentos não farmacológicos.

O resultado significativo encontrado em relação à capacidade funcional dos pacientes com ausência de dor na região de membros superiores pode estar relacionado ao fato de que as maiores incidências de dor crônica estão localizadas em outras regiões do corpo, como a lombar e membros inferiores (DELLAROZZA, 2013; CIPRIANO, 2011).

Os participantes que fazem uso diário de analgésicos apresentaram a qualidade de vida desfavorecida em relação à capacidade funcional. Esse achado pode indicar que a crescente dificuldade de realizar as atividades cotidianas leva a pessoa recorrer ao uso de analgésicos com maior frequência. Apesar da existência de terapias complementares que visam além do alívio da dor, a melhora da condição física, ainda prevalece a opção por tratamento farmacológico (QUEIROZ et al., 2012)

Aqueles participantes que aderiram ao tratamento de acupuntura a partir de encaminhamento médico referiram ter as interações sociais reduzidas, o que nos leva a conjecturar sobre a possibilidade de que o círculo de convivência desses participantes seja mais restrito, diferentemente dos participantes que optaram pela terapêutica após terem se informado através de revistas, jornais, palestras, televisão.

A percepção desfavorável dos participantes desse estudo em relação ao estado geral de saúde, dimensão que questiona o quão saudável o indivíduo se classifica, dos participantes que são usuários de homeopatia pode estar ligada à provável longa trajetória de tratamentos anteriores com resultados insatisfatórios, fato que, segundo Kurita et al (2002) está presente na vida da maioria dos portadores de dor crônica.

De modo geral a dor crônica acomete as pessoas independentemente do sexo, porém as mulheres são as mais afetadas (MARTINEZ et al, 2004; JAKOBSSON, 2004; DELAROZZA et al, 2008; QUEIROZ et al, 2012) e também são elas as que mais procuram as práticas integrativas e complementares como medida de tratamento, tanto

no alívio da sintomatologia, quanto da promoção da qualidade de vida (SCHVEITZER, 2012).

A maioria dos participantes do estudo possui no mínimo o ensino médio completo. O nível de instrução mais alto contribuiu decisivamente no acesso a informações sobre as condições de saúde e agravos bem como possibilidades de acesso as intervenções terapêuticas. Conforme descreve a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), a facilidade de acesso a fontes de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. Por outro lado, a dificuldade de acesso da população ao conhecimento e à informação diminuiu significativamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde.

A condição de um relacionamento marital foi registrada em 65% dos participantes, corroborando os resultados de Queiroz(2012) e Brasil et al. (2008), que afirma que o paciente que mantém uma convivência saudável com amigos e familiares terá melhores condições de enfrentamento e tratamento de sua patologia.

A religião católica (85%) predominou entre os participantes desse estudo, esse dado também foi encontrado nos estudos de Brasil et al (2008) e Queiroz (2012). Apesar da falta de um consenso geral sobre os conceitos, a literatura científica tem demonstrado a existência de uma relação favorável entre a crença/religiosidade e a qualidade de vida (PANZINI et al, 2007).

2.4 Conclusões

Os resultados do presente estudo revelam que os participantes portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura apresentaram boa qualidade de vida. Ainda que as médias das dimensões dor e saúde mental tenham obtido escores baixos, nenhuma das dimensões obteve pontuação igual ou menor que 50. Destaca-se uma percepção individual positiva em relação às dimensões aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e capacidade funcional, indicando que, apesar dos participantes sentirem-se nervosos ou desanimados com a presença da dor, contudo conseguem manter suas atividades da vida diária, do trabalho e de suas interações sociais.

As limitações desse estudo se conferem pela amostra reduzida e por se tratar de um contexto específico, indicando que essa temática sugere estudos futuros, visando a ampliação da amostra e a melhor compreensão da influência da acupuntura na abordagem multidisciplinar do tratamento da dor crônica, o que poderá contribuir para a elaboração de novos programas de tratamento no manejo da dor e reafirmar a importância da consolidada Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares junto ao sistema público de saúde.

2.5 Referências

ANTUNES, R. S. Dor, cinesiofobia e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v.21, n.1, p. 27-29, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL, V.V.; ZATTA, L.T.; BERNARDES, J.A Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10, n.2, p.383-394, 2008.

CICONELLI, R. M.; MARCOS, B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.39, n.3, p. 143-150, 1999.

CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D. B.; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Revista dor*, São Paulo, v.12, n.4, p. 297-300, 2011.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; DUARTE, Y. A.; LEBRÃO, M. L. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Caderno Saúde Pública*, v.29, n.2, p.325-334, 2013.

EHRlich, G.E. Back Pain. *The Journal of Rheumatology*, v. 67, n.3, p.26-34, 2003.

GARCIA, M. L. B; CALICH, I. Artrites e artralguas In Martins MA; Beseñor IM, *Atta Semiologia clínica*, v.4, n.2, p.566-574, 2002.

IASP. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, v.2, n.1, 1986.

IRNICH, D.; BEHRENS, N.; MOLZEN, H. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and "sham" laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. *British Medical Journal*, v.322, p.1574,-1578 2001.

JAKOBSSON, R. N. Pain management among older people in need of help with activities of daily living. *Pain Management Nursing*, v.25, p.137-143, 2004.

KURITA, G.P.; PIMENTA; C.A.M. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v.38, n.3, p.254-61, 2004.

LAMÉ, I. E.; PETERS, M. L. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal Pain*, v.9, n.15, p. 15-24, 2005.

LINDE, K. The programme for the evaluation of patient care with acupuncture. (PEP-Ac). *Acupuncture Medical*, v.32, n.4, p. 25-32, 2006.

MARTINEZ, J. E.; MACEDO A.C.; PINHEIRO, D. F. C. Perfil clínico e demográficos dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta Fisiátrica*, v.11, n.2, p. 67-71, 2004.

MERSKEY, N.B. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain. 2nd ed. Seattle: IASP, 1994.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

PANZINI, R. G. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.34, n.3, p. 105-115, 2007.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M. J. Dor no idoso. In: DUARTE, Y.A.O; DIOGO, M.J.E. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu. p.373-387, 2000.

PORTELLA, M. R. Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável. Passo Fundo: UPF, 2004.

SANCHEZ, H.M.; MORAIS, E.G.; LUZ, M. M. M. Acupuntura fisioterapêutica no tratamento da fibromialgia: uma revisão, *Revista Sociedade Brasileira Fisioterapia e Acupuntura*, v.1, n.3, p.43-48, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. Arq Neuropsiquiatria, v. 60, n.1, 2002.

TEIXEIRA, M. J.; PIMENTA, C.A.M. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ (ed). Dor: conceitos gerais, São Paulo: Limay 1995.61p.

TEIXEIRA, M. J.; TEIXEIRA, W.G.J.; SANTOS, F.P.S. Epidemiologia clínica do dor músculo-esquelética. Revista Médica, v.80, n.2, p.1-21, 2001.

TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. (2001). Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Júnior, p. 1-7, 2001.

QUEIROZ, M. F. Qualidade de vida de portadores de dor crônica atendidos em clínica multiprofissional. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, Uberaba, v.1, n.3, p. 30-43, 2012.

WHITECLOUD, T. S. Lowbackpain. In:Rakel RE, editor. Conn's current therapy.Ed. 52. Phyladelphia: W.B. Saunders, 2002.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da aplicação do questionário SF-36, com a finalidade de avaliar qualidade de vida de adultos portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura, foi possível verificar que a essa intervenção terapêutica colabora para uma melhor autopercepção da qualidade de vida desses sujeitos.

O tratamento por acupuntura tem recebido aceitação e reconhecimento, embora de forma pontual, utilizada discretamente como alternativa complementar no tratamento da dor crônica. Porém, esta prática não é reconhecida e é, ainda, pouco recomendada pela maior parte dos profissionais da saúde.

Trata-se de uma terapêutica relevante no tratamento da dor crônica, uma vez que contribui para o alívio dos sintomas e a melhora da qualidade de vida dos portadores de dor crônica, além de configurar-se, por muitas vezes, numa maneira de reduzir a polifarmácia experimentada pela maioria dos pacientes.

A minha vivência profissional me permite observar, de forma empírica, que os achados desse estudo se assemelham às práticas vivenciadas no dia-a-dia do consultório, onde recebo frequentemente relatos de melhora do quadro algico e dos sentimentos de vulnerabilidade, desamparo e de incapacidade na realização das atividades cotidianas, sociais e de lazer. Tal observação é fruto das reflexões frente ao cotidiano vivenciado.

Neste contexto, inferimos que a inclusão desse conhecimento na formação dos profissionais de saúde poderá levar a uma relação de diálogo e compreensão entre as várias especialidades da área da saúde, assim como nas práticas populares. Entende-se que a promoção do encontro interdisciplinar destes saberes com o conhecimento técnico-científico possa contemplar o portador de dor crônica, buscando aliviar suas dores e promover uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. S. Dor, cinesiofobia e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v.21, n.1, p. 27-29, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL, V.V.; ZATTA, L.T.; BERNARDES, J.A. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10, n.2, p.383-394, 2008.

CICONELLI, R. M.; MARCOS, B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.39, n.3, p. 143-150, 1999.

CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D. B.; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Revista dor*, São Paulo, v.12, n.4, p. 297-300, 2011.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; DUARTE, Y. A.; LEBRÃO, M. L. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Caderno Saúde Pública*, v.29, n.2, p.325-334, 2013.

EHRlich, G.E. Back Pain. *The Journal of Rheumatology*, v. 67, n.3, p.26-34, 2003.

GARCIA, M. L. B; CALICH, I. Artrites e artralguas In Martins MA; Beseñor IM, *Atta Semilogia clínica*, v.4, n.2, p.566-574, 2002.

GONÇALVES, Aguinaldo. Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In: VILARTA, Roberto (org.) *Qualidade de Vida 137 e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física*. Campinas, IPES, 2004, p. 17-26.

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto *Qualidade de Vida: identidades e indicadores*. In: GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas*. Barueri: Manole, 2004, p.03-25.

IASP. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, v.2, n.1, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> (acessado em 12/01/2014).

IRNICH, D.; BEHRENS, N.; MOLZEN, H. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and "sham" laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. *British Medical Journal*, v.322, p.1574,-1578 2001.

JAKOBSSON, R. N. Pain management among older people in need of help with activities of daily living. *Pain Management Nursing*, v.25, p.137-143, 2004.

KURITA, G.P.; PIMENTA; C.A.M. Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v.38, n.3, p.254-61, 2004.

LAMÉ, I. E.; PETERS, M. L. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal Pain*, v.9, n.15, p. 15-24, 2005.

LINDE, K. The programme for the evaluation of patient care with acupuncture. (PEP-Ac). *Acupuncture Medical*, v.32, n.4, p. 25-32, 2006.

MARTINEZ, J. E.; MACEDO A.C.; PINHEIRO, D. F. C. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta Fisiatrica*, v.11, n.2, p. 67-71, 2004.

MERSKEY, N.B. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain*. 2nd ed. Seattle: IASP, 1994.

PANZINI, R. G. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.34, n.3, p. 105-115, 2007.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Questionário de dor de McGill: proposta de adaptação para a Língua portuguesa. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v.47, n.92, p. 177-187, 1997.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M. J. Dor no idoso. In: DUARTE, Y.A.O; DIOGO, M.J.E. *Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu. p.373-387, 2000.

PORTELLA, M. R. *Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável*. Passo Fundo: UPF, 2004.

QUEIROZ, M. F. Qualidade de vida de portadores de dor crônica atendidos em clínica multiprofissional. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, Uberaba, v.1, n.3, p. 30-43, 2012.

SILVESTRE, J.A.; COSTA, N.M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde familiar. *Caderno de Saúde Pública*, v.19, n.3, p.733-43, 2003.

SANCHEZ, H.M.; MORAIS, E.G.; LUZ, M. M. M. Acupuntura fisioterapêutica no tratamento da fibromialgia: uma revisão, *Revista Sociedade Brasileira Fisioterapia e Acupuntura*, v.1, n.3, p.43-48, 2004.

SIERPINA, V.S.; FRENKEL, M. A. Acupuncture: a clinical review. *South Medical Journal*, v. 98, p. 330-337, 2005.

SCHOEN, A.M. Introduction to veterinary acupuncture: scientific basis and clinical applications. In: ANNUAL CONVENTION OF THE AMERICAN ASSOCIATION OF EQUINE PRACTITIONERS, v. 39, 1993.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. Arq Neuropsiquiatria, v.60, n.1, 2002.

TEIXEIRA, M. J.; PIMENTA, C.A.M. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ (ed). Dor: conceitos gerais, São Paulo: Limay 1995.61p.

TEIXEIRA, M. J.; TEIXEIRA, W.G.J.; SANTOS, F.P.S. Epidemiologia clínica do dor músculo-esquelética. Revista Médica, v.80, n.2, p.1-21, 2001.

TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. (2001). Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Júnior, p. 1-7, 2001.

VICKERS, A.; ZOLLMAN, C. ABC of complementary medicine: acupuncture. British Medical Journal, v.319, p. 973-976, 1999.

WHITECLOUD, T. S. Lowbackpain. In: Rakel RE, editor. Conn's current therapy. Ed. 52. Phyladelphia: W.B. Saunders, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de coleta de dados I (SF-36)



Qualidade de Vida de Portadores de Dor Crônica em Tratamento com Acupuntura

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

| Excelente | Muito Boa | Boa | Ruim | Muito Ruim |
|-----------|-----------|-----|------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

| Muito Melhor | Um Pouco Melhor | Quase a Mesma | Um Pouco Pior | Muito Pior |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

| Atividades | Sim, dificulta muito | Sim, dificulta um pouco | Não, não dificulta de modo algum |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 |
| c) Levantar ou carregar mantimentos | 1 | 2 | 3 |

| | | | |
|----------------------------------------|---|---|---|
| d) Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e) Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g) Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h) Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i) Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j) Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

| | Sim | Não |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades. | 1 | 2 |
| d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra). | 1 | 2 |

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

| | Sim | Não |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. | 1 | 2 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---|---|

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

| | | | | |
|------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| De forma nenhuma | Ligeiramente | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

| | | | | | |
|---------|------------|------|----------|-------|-------------|
| Nenhuma | Muito leve | Leve | Moderada | Grave | Muito grave |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

| | | | | |
|-------------------|----------|---------------|----------|--------------|
| De maneira alguma | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| | Todo Tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
| a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| nervosa? | | | | | | |
| c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

| | | | | |
|------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|
| Todo Tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhuma parte do tempo |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso |
|--|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Kátia dos Santos Lima, matriculada no mestrado em Envelhecimento Humano, do Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano, da Universidade de Passo Fundo/RS, venho através deste, expor-lhe uma proposta de estudo. Assim gostaria de lhe esclarecer os seguintes itens:

Título da Pesquisa

Qualidade de vida de portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura.

Objetivo da pesquisa

Comparar a qualidade de vida de adultos e idosos portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura.

Justificativa da Pesquisa:

O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, não se caracteriza como um período saudável e de independência. Ao contrário, caracteriza-se pelo surgimento de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência. Muitos desses quadros são acompanhados por dor, e em grande parte deles a dor crônica é a principal queixa do indivíduo, fato que pode interferir de modo acentuado na qualidade de vida de adultos e idosos. Por meio de um maior conhecimento sobre a qualidade de vida de um determinado grupo de pessoas acometidas por dor crônica, e submetidos a um tratamento por acupuntura espera-se obter subsídios para que os profissionais de saúde possam refletir sobre esta alternativa de tratamento para minimizar o sofrimento e incapacidades a eles impostas devido à dor, uma vez que se trata de uma política nacional, que envolve o sistema de saúde pública, aprovada pelo SUS.

Procedimentos a serem realizados:

Este estudo será realizado com pacientes que estejam em tratamento de Acupuntura na Clínica Tao, no município de Passo Fundo localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados se dará por meio de uma entrevista, realizada pela própria pesquisadora, nas dependências da Clínica Tao. Agendaremos uma data e um horário em comum acordo para que vossa senhoria possa participar da entrevista, após um dos seus atendimentos na clínica. Após a realização da entrevista, no seguimento do estudo, será realizada a análise e interpretação dos dados pela acadêmica e a orientadora da pesquisa. No final do estudo, as mesmas se responsabilizam pela destruição do material coletado.

Sobre sua participação

Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) vossa senhoria autoriza sua participação voluntária na pesquisa esclarecendo, ainda, que não envolverá nenhum tipo de remuneração. Fica assegurado o direito de retirar sua participação em qualquer etapa do estudo sem nenhuma penalização ou prejuízo na relação com a pesquisadora e a clínica.

Sigilo e Anonimato

Vossa senhoria terá a garantia de não ser identificado, pois é mantido o anonimato do participante, a proteção da sua imagem, a confidencialidade, a privacidade, bem como a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidade.

Riscos e benefícios:

O presente estudo não oferece riscos de danos eventuais, uma vez que, envolve apenas momentos de entrevista, com realização de um questionário em que os participantes responderão as questões da pesquisa. O resultado reverte-se em benefícios quando utilizado na comunidade acadêmica, bem como, por outros profissionais por ocasião da

socialização das experiências, o que pode refletir na melhoria da qualidade do tratamento de pacientes acometidos por dor crônica. Caso ocorra durante esse processo algum desconforto emocional de sua parte ou não se sinta à vontade, pode-se interromper o mesmo a qualquer momento.

Propriedade intelectual dos dados e divulgação dos resultados:

Através deste termo os pesquisadores têm resguardo à propriedade intelectual dos dados bem como da divulgação dos resultados que poderá ocorrer na forma de um artigo científico ou comunicação em eventos de áreas afim.

Garantia de respostas e acesso aos dados da pesquisa:

Vossa senhoria tem garantido o direito de acesso aos dados em qualquer etapa da pesquisa, respostas a dúvidas referentes ao estudo e também aos resultados finais. Caso deseje maiores informações sobre a pesquisa poderá entrar em contato, a qualquer hora com a acadêmica pesquisadora Kátia dos Santos Lima pelos fones (54) 3601 1782 ou (54) 99767466, com a professora orientadora Dr. Marilene Rodrigues Portella pelo fone (54)33168520, ou contate o CEP da UPF pelo fone: (54)33168370. Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado (a) de forma clara, detalhada e por escrito, sobre o projeto de pesquisa intitulado Qualidade de Vida de Portadores de Dor Crônica Tratados com Acupuntura que tem por objetivo analisar a qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura.

Fui informado (a) ainda:

- a) Dos riscos, desconfortos e benefícios do presente trabalho, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida;
- b) Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado a liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu

- consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- c) Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade e a proteção da minha imagem;
 - d) Da garantia de que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo, ou de outros;
 - e) Da liberdade de acesso aos resultados do estudo em qualquer etapa da pesquisa
 - f) Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Nesses termos e considerando-me esclarecido, consinto em participar da pesquisa proposta, de livre e espontânea vontade, sem cobrança de ônus ou qualquer encargo financeiro, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados. O(s) acadêmico(s) responsáveis por este projeto de pesquisa do Mestrado em Envelhecimento Humano que o está desenvolvendo sob a orientação da professora Marilene Portella, como atividade pertinente ao Mestrado em Envelhecimento Humano da Faculdade de Fisioterapia e Educação Física da Universidade de Passo Fundo, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética desta instituição em DATA.

Assinatura do participante

Kátia dos Santos Lima

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

Apêndice B. Projeto de pesquisa

Universidade de Passo Fundo

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

**Qualidade de vida de portadores de dor crônica em
tratamento com acupuntura**

Kátia dos Santos Lima

Passo Fundo, Março de 2010.

1 Dados de identificação

1.1. TÍTULO

Qualidade de vida de portadores de dor crônica em tratamento com acupuntura.

1.2. AUTORES

Kátia dos Santos Lima: mestranda em Envelhecimento Humano pela Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

1.3. ORIENTADOR

Marilene Rodrigues Portella: docente do Programa de Pós Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

1.4. CO-ORIENTADOR

Adriano Pasqualotti: coordenador do Programa de Pós-graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, doutor em Informática em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

1.5. VIGÊNCIA

A pesquisa será realizada no período de março á outubro de 2010.

1.6. PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento, Qualidade de Vida, Dor, Acupuntura.

2 Finalidade

Conhecimento em relação à interferência proporcionada pela acupuntura na qualidade de vida dos pacientes acometidos por dor crônica, subsidiando novas propostas de intervenções relacionadas a essa temática e a indicação da acupuntura como mais uma alternativa para os pacientes que buscam alívio para a dor crônica.

3 Problemática e questão de pesquisa

O crescente envelhecimento populacional, observado nos países desenvolvidos desde o começo do século passado, tornou-se marcante nos países em desenvolvimento a partir de 1950. Desencadeou-se então um processo contínuo, representando um desafio gerado pelas demandas sociais e econômicas que despontam de forma crescente em todas as nações.

O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, não se caracteriza como um período saudável e de independência. Ao contrário, caracteriza-se pelo surgimento de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência. Muitos desses quadros são acompanhados por dor, e em grande parte deles a dor crônica é a principal queixa do indivíduo, fato que pode interferir de modo acentuado na qualidade de vida de adultos e idosos.

A dor crônica pode durar dias, meses, anos, ou a vida toda. Pode haver intercorrências intermitentes, que se caracterizam por quadros de dor, intercalados com intervalos isentos de dor. Esse padrão pode repetir-se continuamente durante anos. A dor crônica é considerada um evento complexo, de natureza biopsicossocial, que se configura em problema de saúde coletiva e exige abordagem multidisciplinar. Por se tratar de um problema que afeta a qualidade de vida de grande parte dos portadores, a dor crônica necessita de tratamento, que, atualmente, pode ser por intervenção farmacológica, ou com tratamento por diversas opções terapêuticas, dentre essas práticas podemos destacar a acupuntura.

A acupuntura é uma terapia milenar da Medicina Tradicional Chinesa que consiste na aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo, com o objetivo de obter o alívio de sintomas de certas enfermidades. Tal tratamento vem evoluindo significativamente nas últimas décadas, principalmente através do interesse científico dado ao assunto na tentativa de desmistificá-la e usá-la como mais uma arma terapêutica em benefício do paciente. Hoje já evoluímos bastante em entender as bases neurofisiológicas da analgesia pela acupuntura. Durante milênios aceitou-se a concepção filosófica da acupuntura, ou seja, partia-se do pressuposto de que se tratava de um mecanismo puramente energético. Nos últimos anos verificou-se que a analgesia causada pela técnica dá-se pelo estímulo de nervos, localizados nos músculos, que enviam impulsos a medula espinhal, ativando assim a liberação de substâncias químicas que bloqueiam mensagens de dor.

Em 2006 o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (Portaria nº971 (BRASIL, 2006), a qual trouxe forte respaldo a terapia milenar, pois essa tem, entre outras diretrizes, o desenvolvimento da acupuntura, em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção, também a estruturação e o fortalecimento da atenção em acupuntura no SUS, com incentivo à inserção do tratamento em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

Na minha prática diária, como fisioterapeuta especialista em acupuntura, percebo o crescente número de pacientes de diferentes faixas etárias que buscam essa alternativa de tratamento para o alívio de sintomas relacionados a dores crônicas e a partir dessa ótica questiono-me: quem é o paciente que procura pelo tratamento, quais são as suas características predominantes? Que razões o levaram a procurar o tratamento? Quais são as queixas por ele referida? Há quanto tempo está em tratamento com a acupuntura? Como está a qualidade de vida desse paciente?

4 Justificativa

As conseqüências biopsicossociais verificadas em pacientes portadores de dor crônica enfatizam a importância do dimensionamento da sua prevalência visando ao planejamento de medidas para seu controle e a promoção de uma melhor qualidade de vida desses pacientes.

Por meio de um maior conhecimento sobre a qualidade de vida de um determinado grupo de pessoas acometidas por dor crônica, espera-se dar subsídios para que os profissionais de saúde possam refletir sobre esta alternativa de tratamento para minimizar o sofrimento e incapacidades a eles impostas devido à dor.

Os custos gerados por um tratamento de acupuntura são relativamente baixos quando comparados aos custos dos tratamentos da medicina ocidental, que envolvem a participação de vários especialistas na abordagem de um único paciente. Dessa forma, se o portador de dor crônica puder ter acesso ao tratamento especializado de acupuntura, isso poderá diminuir os altos custos dos tratamentos para minimização da dor.

Uma vez que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi aprovada no Sistema Único de Saúde, se faz necessário um melhor entendimento e em conseqüência uma maior adesão por parte dos serviços públicos de saúde dos municípios brasileiros, tendo em vista que se a população puder ter acesso a esses tratamentos através do sistema de saúde pública, isso poderá diminuir os altos custos dos serviços ambulatoriais mantidos pelo governo.

As constantes pesquisas acerca de tratamentos alternativos, como a acupuntura, visam traduzir conhecimentos milenares, contribuindo para sua aceitação e incorporação, uma vez que a falta de difusão de conhecimentos da medicina oriental junto aos profissionais de saúde tem contribuído decisivamente para dificultar sua indicação terapêutica. Ao serem evidenciados os benefícios promovidos pela acupuntura, será possível, então, estabelecer melhorias, adaptações e ampliação dos tratamentos de acupuntura em portadores de dor crônica.

5 Objetivo da pesquisa

5.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar a qualidade de vida de adultos e idosos portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as características sócio-demográficas dos participantes.
- Identificar o perfil clínico dos pacientes.
- Identificar os motivos que levaram o paciente a procurar a acupuntura.

6 Fundamentação teórica

6.1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causou um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos (WHO, 2005).

No Brasil encontramos uma população significativa de idosos, e segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, tende a crescer mais nos próximos anos, alcançando em 2025 cerca de 34 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, o que levará o país a ocupar a sexta posição entre os países mais envelhecidos (IBGE, 2000).

O envelhecimento de uma população relaciona-se a uma redução no número de crianças e jovens e a um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais (WHO, 2005). No Brasil, a queda combinada das taxas de fecundidade e mortalidade vem ocasionando uma mudança na estrutura etária, com a diminuição relativa da população mais jovem e o aumento proporcional dos idosos. Em 2000, 30% dos brasileiros tinha de zero a 14 anos, e os maiores de 65 representavam 5% da população. Em 2050, esses dois grupos etários se igualarão: cada um deles representará 18% da população brasileira (IBGE, 2000).

O envelhecimento é processo dinâmico e progressivo, em que ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas e sociais que podem levar a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e, conseqüentemente, causar maior vulnerabilidade e maior incidência de doenças que terminam por levá-lo à morte, sendo assim, não pode ser explicado somente sob um ponto de vista (PAPALÉO, 2002).

Segundo Neri (2005), o envelhecimento é definido como um processo caracterizado por mudanças universais determinadas geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se reflete em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos do processo de envelhecimento são determinados pelas diferenças individuais, que são dependentes dos aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.

Envelhecer de maneira saudável significa que além da manutenção do bom estado de saúde físico, é necessário que as pessoas sintam-se participantes de sua comunidade, onde possam colocar sua experiência e seu interesse, necessitando de reconhecimento, respeito e segurança (DUARTE, 1998).

VELOZ et al. (1999) visando estudar as representações sociais do envelhecimento, realizaram uma pesquisa com uma amostra de 37 pessoas, que pertenciam a três grupos da cidade de Florianópolis - SC, professores aposentados, participantes do programa da universidade da terceira idade e idosos residentes num

centro. Através de análise qualitativa dos dados, apontaram três tipos de representações sociais do envelhecimento: representação doméstica e feminina, onde a perda dos laços familiares é central, a outra masculina que vê o envelhecimento como a perda do ritmo de trabalho, e a última caracteriza o envelhecimento como um desgaste de “máquina humana”.

Existem várias teorias que tentam explicar o processo do envelhecimento sob o ponto de vista biológico, psicológico e social, cada uma delas defendendo a sua hipótese. Entretanto, pelo fato de que do processo do envelhecimento ter sua natureza interdisciplinar, é pouco provável uma só fazê-lo.

Envelhecer é um processo tão natural e esperado quanto nascer, crescer e mudar; mudar no sentido de sofrer transformações acompanhadas de alterações, que vão desde a aparência física ao comportamento e aos papéis sociais, passando pelas experiências e relações estabelecidas ao longo dos anos (PORTELLA, 2004).

O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, não se caracteriza como um período saudável e de independência. Ao contrário, caracteriza-se pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência. Muitos desses quadros são acompanhados por dor e, em significativa parcela deles, a dor crônica é a principal queixa do indivíduo, fato que pode interferir de modo acentuado na qualidade de vida (CHAIMOWICKS, 1997).

6.2. DOR CRÔNICA

A dor crônica pode ser definida como a dor contínua ou recorrente de duração mínima de três meses; sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas (PIMENTA e TEIXEIRA, 1997). Porém, para fins de pesquisa, a Associação Internacional para Estudo da Dor preconiza a dor crônica como aquela com duração maior que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente (três episódios em três meses) (MERSKEY, 1994).

O sintoma dor é um dos principais desafios da medicina nos dias atuais. No âmbito das afeções do aparelho locomotor é o sintoma mais freqüente. Além da sua alta prevalência, sua importância decorre de estar presente nas doenças que mais causam impacto negativo na qualidade de vida (MARTINEZ, FERRAZ E SATO, 1995).

As afeções do aparelho locomotor são as causas mais freqüentes de ocorrência de dor crônica. Estima-se que 40% dos indivíduos manifestarão dor músculo-esquelética crônica em algum momento da vida (TEIXEIRA e PIMENTA, 1995).

Aproximadamente quatorze por cento da dor crônica está relacionada às articulações e ao sistema musculoesquelético. O distúrbio doloroso articular resulta, usualmente, de processos inflamatórios e/ou degenerativos como, por exemplo, a artrite e a osteoartrose; e o muscular pode desenvolver dores como a síndrome da dor miofascial, a fibromialgia, as miosites, por exemplo (FLECK et al., 2005).

Mais de um terço da população brasileira julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de três quartos considera que a dor crônica é limitante para as atividades recreacionais, relações sociais e familiares (TEIXEIRA, TEIXEIRA e SANTOS, 2001). Entre as principais causas de dor crônica no aparelho locomotor podemos citar: dores em coluna, dor miofascial, fibromialgia, osteoartrose, periartrites, entre outras (GARCIA e CALICH, 2002).

Devido a sua longa duração, a dor crônica perde a função de manter a homeostase e de ser sinal de alerta, causa comprometimento funcional, sofrimento, incapacidade progressiva e custo socioeconômico. Sabe-se que a presença de dor crônica, independentemente da patologia de base, tem implicações na saúde dos pacientes (MARTINEZ, MACEDO e PINHEIRO, 2004).

A dor crônica pode estar associada com a continuação da patologia ou persistir após a recuperação da doença ou lesão. Se a dor crônica for devido à doença orgânica, ela é efetivamente curada ao se tratar a desordem de base. Geralmente não é bem localizada e tende a ser maciça, dolorida, contínua ou recorrente e é dividida em nociceptiva, neuropática e psicogênica (MERSKEY et al., 1994; FÜRST, 1999).

A dor nociceptiva consiste na estimulação persistente de nociceptores, seja térmico, químico ou mecânico. Nesta dor ocorre ativação contínua das vias centrais da dor e pode ser identificada em pessoas com câncer, Herpes zoster, entre outras (MILLAN, 1999).

Já a dor neuropática, é definida como uma dor causada ou iniciada por uma lesão primária ou por disfunção do SNC e/ou Periférico (SNP). Esta desordem pode ser provocada por compressão, transecção, infiltração, isquemia, injúria metabólica de corpos celulares de neurônios ou uma combinação desses fatores (GALLUZZI, 2007). Dor do membro fantasma e doenças como Diabetes mellitus e Parkinson são as principais causas da dor neuropática (BOWSHER, 1999).

A dor psicogênica, por sua vez, está relacionada à prevalência de fatores psicológicos na gênese da sensação dolorosa. Esse tipo de dor pode ser observado em distúrbios psicológicos como na depressão e na ansiedade generalizada (FÜRST, 1999).

Segundo Lorig et al. (2001) a prevalência de problemas crônicos de saúde vem aumentando, entre os adultos, em todos os grupos etários. Elliot et al. (2000) referem que 47% da população do Reino Unido relata dor crônica em diferentes localizações. Smith et al. (2001) observaram que houve um aumento significativo da dor quando comparada à idade: a média de dor crônica significativa foi de 14,1%, sendo que nas pessoas de 25 a 34 anos foi de 6,3% e nas com idade superior a 75 anos, de 22,9%. A média da dor crônica severa foi de 6,3%, sendo 3,4% nas pessoas de 25 a 34 anos e 10,6% nas de mais de 75 anos.

Teixeira et al. (2001) fizeram um estudo em uma clínica especializada de dor. Demonstrou-se que a maior demanda de pacientes se dá entre os 40 e 65 anos de idade. Houve também uma diferença entre os sexos: a mulher é mais acometida por dores faciais, fibromialgia, lesões por esforços repetitivos, artrite reumatóide, enxaqueca, síndrome do cólon irritável e esclerose múltipla. Já os homens sofrem mais devido ao câncer, amputação de membro, afecções isquêmicas, mielopatias e encefalopatias.

Os indivíduos idosos estão expostos a afecções traumáticas, infecciosas e crônico-degenerativas causadoras de dor. Admite-se que 25% a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentem dor. Apesar disso, há o conceito errôneo de que a dor seja consequência esperada ou normal no processo do envelhecimento (PIMENTA e TEIXEIRA, 2001).

Dellaroza et. al (2007) entrevistaram 172 idosos, sendo 101 mulheres e 71 homens. A presença de dor crônica foi observada em 107 (62,21%); no sexo feminino esta prevalência foi de 69,3% e no masculino 52,1% . Os idosos mais velhos – 80 anos ou mais – apresentaram maior referência de dor crônica. Os locais de maior prevalência de dor foram membros inferiores e região dorsal, com 31,25% cada, sendo que grande número de idosos referiam dor diária, contínua e de alta intensidade.

A dor é uma entidade sensorial múltipla que envolve aspectos emocionais, sociais, culturais, ambientais e cognitivos (OLIVEIRA et al., 1997).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a mesma como uma sensação subjetiva relacionada com uma lesão tissular (TRIBIOLI, 2003). Entretanto, tem sido sugerido que nem sempre acontece esta associação, como na cefaléia ou na dor pélvica crônica, por exemplo, onde estas parecem existir sem lesão tissular detectável pelos métodos de diagnósticos da prática clínica e sim por haver alterações neurofuncionais restritas ao âmbito biomolecular que induza a dor (ROCHA et al., 2007).

Por outro lado, este mesmo autor cita que um trauma ou uma estimulação do Sistema Nervoso Periférico ou Sistema Nervoso Central ativa a liberação de peptídeos e receptores, com posterior tradução do sinal para o meio intracelular (ROCHA et al., 2007). A dor invoca emoções e fantasias muitas vezes incapacitantes que traduzem o sofrimento, incerteza, medo de incapacidade, da desfiguração e da morte. Preocupação com perdas materiais e sociais são alguns dos diferentes componentes do grande contexto dos traços que descrevem a relação doente e sua dor (OLIVEIRA et al., 1997).

No caso da dor aguda, que é comumente associada a dano tecidual, a percepção da sensação da dor atua como um sinal que induz a pessoa a adotar comportamentos que objetivam afastar, diminuir ou abolir a causa da dor. Em contraste, a dor crônica tem função biológica diferente e associa-se a muita hiperatividade autonômica. Os doentes com dor crônica geralmente, exibem sintomas neurovegetativos como alterações nos padrões de sono, apetite, peso e libido, associados a irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições nas atividades familiares, profissionais e sociais (OLIVEIRA et al.,1997).

Os trajetos dos impulsos nervosos que dão origem a dor incluem o sistema nervoso periférico, a medula espinhal, o tronco cerebral, o tálamo e o córtex cerebral, podendo ser modulados em cada uma dessas regiões (TRIBIOLI, 2003). Os receptores específicos para a dor estão localizados nas terminações de fibras nervosas A e C que quando ativadas, sofrem alterações na membrana celular permitindo a deflagração do potencial de ação (ROCHA et al., 2007). Os corpos celulares das fibras A delta e C são encontrados no gânglio da raiz dorsal, de onde fazem sinapse com células de transmissão nociceptiva central. A partir daí, estas informações são transmitidas pela via direta (tracto espinotalâmico) até o tálamo, de onde são transmitidas até o córtex somatossensorial e outras regiões corticais (TRIBIOLI, 2003).

O agente nocivo detectado por ramificações periféricas que inervam a pele, músculo ou outro tecido estimulam a liberação de substâncias químicas denominadas algio gênicas presentes no ambiente tissular e sensibilizam então os nociceptores. (ROCHA et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2007). Quando o estímulo provoca a lesão tecidual, há desencadeamento de processo inflamatório seguido de reparação (ROCHA et al., 2007).

Quando é encontrada alguma célula lesada por decorrência de processos inflamatórios, traumáticos ou isquêmicos o organismo libera substâncias algio gênicas como bradicinina, serotonina, histamina, íons potássio, ácidos, leucotrienos, acetilcolina, tromboxanes, enzimas proteolíticas e prostaglandinas que estimulam as terminações nervosas livres, conduzindo os impulsos dolorosos via fibra C, ocorrem alterações na permeabilidade vascular, no fluxo sanguíneo local e produção de

sensibilização periférica. Todo esse processo é decorrente da exacerbação da resposta ao estímulo doloroso (ROCHA et al., 2007; TRIBIOLI, 2003).

A analgesia é a ausência de dor em resposta a um estímulo doloroso. Os responsáveis por bloquearem o sinal nociceptivo, sem alterar as demais formas de sensibilidade, são chamados de opióides, estes se fixam aos mesmos receptores que as endorfinas. Os opióides incluem: encefalinas, dinorfinas e as B-encefalinas, que são classificados em opióides endógenos, por serem substâncias endógenas de ocorrência natural, resultando na ativação de mecanismos analgésicos (ROCHA et al., 2007; TRIBIOLI, 2003).

A transmissão da informação nociceptiva também pode ser inibida pela atividade de níveis supramedulares do sistema nervoso. As áreas do tronco encefálico, tem origem no núcleo da rafe (bulbo), substância cinzenta periaquedutal (mesencéfalo) e no locus cerúleos (na ponte). Quando os núcleos da rafe são estimulados, os axônios que se projetam para a medula espinhal liberam o neurotransmissor serotonina no corno dorsal, o qual exerce função inibitória, impedindo a transmissão da mensagem nociceptiva. A estimulação da substância cinzenta periaquedutal produz analgesia pela ativação dos núcleos da rafe, que estimulam a liberação de norepinefrina, que se fixa aos neurônios aferentes suprimindo diretamente a liberação da substância P (TRIBIOLI, 2003).

O tratamento clássico da dor (aguda) consiste em repouso e uso de fármacos para o alívio do sintoma, para favorecer a cicatrização da lesão e a redução do processo inflamatório. Ao contrário do tratamento da dor aguda, os agentes químicos analgésicos não se demonstram eficazes contra a dor crônica. A baixa eficácia do uso contínuo de fármacos está inevitavelmente associada a efeitos secundários indesejáveis e à baixa adesão ao tratamento farmacológico (TURK et al, 2006).

O tratamento da dor crônica caracteriza-se por programas multidimensionais agindo sobre características biopsicossociais. No plano biológico esses programas visam regular os mecanismos endógenos de controle da dor e a concentração de neurotransmissores (como serotonina, noradrenalina e dopamina). No plano psicológico

reduzem ansiedade, depressão, angústia e incapacidades mentais geradas pela dor crônica. No plano social favorecem a auto-estima, a participação social e a produtividade intelectual e física (FLOR e HERMANN, 2004).

A dor crônica, de um modo geral, tende a afetar a qualidade de vida do indivíduo, pois frequentemente manifesta sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite, libido, manifestações de irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais.

6.3. QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida foi mencionado em 1920 no livro sobre economia e bem estar material intitulado *The Economics of Welfare*. A obra analisa o suporte governamental para indivíduos das classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e repercussões no orçamento do Estado. No entanto, a expressão "qualidade de vida" não recebeu a devida valorização, durante várias décadas após a publicação do livro (PASCHOAL, 2002).

Qualidade de vida é reconhecida somente em 1964, quando foi empregada pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, ao declarar que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, mas sim através da qualidade de vida que proporcionam as pessoas (FLECK et al., 1999).

Minayo (2000) afirma que tornou-se lugar comum, no âmbito do setor saúde, repetir que saúde não é ausência de doença, saúde é qualidade de vida, uma afirmação correta mas vazia de significados, o que demonstra a dificuldade em encontrar algum sentido teórico e epistemológico para a expressão.

Muitas são as definições acerca do termo qualidade de vida, o que dificulta uma conceituação exata, pois apresenta caráter subjetivo, complexo e multidimensional por apresentar uma conotação para cada época, para cada indivíduo e como este está inserido na sociedade. Qualidade de vida está relacionada a questões pertinentes de cada

indivíduo como, por exemplo, sensação de bem-estar, autonomia, independência, satisfação pessoal (Minayo, 2000).

Para Minayo et al. (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pressupõe uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem estar. O termo abrange muitos significados, os quais refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes.

O grupo de Qualidade de Vida, criado pela OMS, The WHOQOL Group (1995), definiu o termo como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Viver mais sempre foi o intuito do ser humano. Assim, um desafio que cresce em importância é a obtenção de uma melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais (NERI, 2000). A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como sobre as variações que esse estado comporta reveste-se de grande importância científica e social. Ao tentar resolver a aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, a pesquisa pode não só contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites para o desenvolvimento humano, como também para a geração de alternativas válidas de intervenção visando ao bem-estar de pessoas idosas (NERI, 1999).

A preocupação com qualidade de vida na velhice ganhou relevância especificadamente nos últimos 30 anos. Esse fato é decorrente do aumento do número de idosos e da constatação de uma maior longevidade na maioria das sociedades, fazendo com que as autoridades e os cientistas embasem seus planejamentos nestes estudos (NERI, 2005).

A qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional (Minayo, 2002).

Tentando sintetizar a complexidade da noção de qualidade de vida e de sua relatividade vis-à-vis as diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos têm sido construídos. Alguns tratam a saúde como componente de um indicador composto, outros têm, no campo da saúde, seu objeto propriamente dito (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

No Brasil, vem crescendo o interesse pelo tema qualidade de vida no campo da saúde. Alguns trabalhos publicados no Brasil foram considerados tendo em vista a sua contribuição para o avanço das pesquisas sobre qualidade de vida no país e por sua consonância com as tendências históricas observadas no contexto internacional (SEIDL e ZANNON, 2004).

Um trabalho pioneiro disponibilizou um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, o SF-36; traduzido do original, desenvolvido pelo grupo de Qualidade de Vida, com uma amostra de cinquenta pacientes com artrite reumatóide, permitiu evidenciar a utilidade de medidas gerais para a investigação do impacto da doença crônica sobre a vida dos pacientes portadores (CICONELLI et al, 1997). Posteriormente, o desenvolvimento do WHOQOL-100 para a língua portuguesa (FLECK et al, 1999) e o estudo para a validação das versões completa e breve (FLECK et al, 1999 e 2000) permitiram a utilização abrangente desse instrumento por pesquisadores brasileiros no campo da saúde.

O SF-36 (Short Form Health Survey) criado para ser um questionário genérico de avaliação consiste de duas partes, sendo a primeira para avaliar o estado de saúde (com questões relacionadas à mobilidade física, dor, sono, energia, isolamento social e reações emocionais) e a segunda parte para avaliar o impacto da doença na vida diária do paciente. Trata-se de um questionário multidimensional formado por 36 itens, subdivididos em 8 escalas ou componentes: Capacidade Funcional (10 itens) - avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; Aspecto Físico (04 itens) - avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades da vida diária; Dor (02 itens) - avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária; Estado Geral de Saúde (05 itens) - avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; Vitalidade (04 itens) - considera o nível de energia e de fadiga; Aspecto Social (02 itens) - analisa a integração do indivíduo em atividades sociais; Aspecto Emocional (03 itens) - avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do paciente; e Saúde Mental (05 itens) - inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Este questionário apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde (CICONELLI et. al, 1999).

6.4. ACUPUNTURA

As práticas alternativas visam assistir o indivíduo em todos os aspectos, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como um ser holístico. Buscam o equilíbrio do corpo humano, mediante o uso de técnicas que promovem a valorização da influência da mente e das emoções no processo saúde-doença, importantes para a melhora da qualidade da vida das pessoas (BRASIL, ZATTA e BERNARDES, 2008).

Se entendermos a qualidade de vida como um sentimento de bem-estar em relação a si próprio, em relação ao convívio com outras pessoas, e até mesmo com sua própria patologia, é natural supor que todos busquem alternativas, além da medicina tradicional, para alcançar esse bem-estar, sanando sintomas como a dor (BRASIL, ZATTA e BERNARDES, 2008).

Derivada dos radicais latinos *acus* e *pungere*, que significam agulha e puncionar, respectivamente, a acupuntura visa à terapia e cura das enfermidades pela aplicação de estímulos através da pele, com a inserção de agulhas em pontos específicos (JAGGAR, 1992; SCHOEN,1993) chamados acupontos. O acuponto é uma região da pele em que há uma grande concentração de fibras nervosas espinhais, pois está em relação íntima com nervos, vasos sanguíneos, tendões, periósteo e cápsulas articulares. São pontos altamente vascularizados e inervados, resultando numa baixa resistividade elétrica local (impedância), o que facilita a estimulação de feixes eletromagnéticos, mecânicos e térmicos (ZHANG et al., (2003); SZABÓ et al.,2001).

A Acupuntura, segundo Andrade et al. (2004) é baseada em um método simples, mas que ao mesmo tempo complexo. É simples por utilizar instrumentos de fácil manuseio, a agulha; e complexo por envolver um raciocínio com múltiplas variáveis a respeito dos processos naturais e do funcionamento orgânico do corpo. A aplicação de agulhas superficialmente sobre a pele ou mais profundamente, atingindo tecidos musculares, nervosos, ligamentos ou ossos, provoca um tipo de estimulação sensorial vinda da estimulação seletiva dos acupontos.

No oriente, a Acupuntura vem sido utilizada com finalidades preventiva e terapêutica há vários milênios. Agulhas de pedra, espinha de peixe ou ossos eram usadas para o procedimento na China, datando da Idade da Pedra, há cerca de 5.000 anos (SCOGNAMILLO, 2001). O Nei Jing, ou “Clássico do Imperador Amarelo sobre medicina interna”, texto clássico e fundamental da Medicina Tradicional Chinesa, datado de 480-220 anos AC, foi o primeiro livro que descreveu um organizado sistema de diagnóstico e tratamento, além de aspectos anatômicos, fisiológicos e patológicos das moléstias (WHITE e ERNST, 2004).

A Medicina Tradicional Chinesa permaneceu como forma exclusiva de terapia exercida na China até que as práticas médicas ocidentais fossem introduzidas durante a dinastia Ching (1644 a 1911), quando a acupuntura foi rejeitada pela elite e chegou a ser banida pelo governo. Na década de 1940, Mao Tsé-Tung, líder da Revolução Chinesa, estimula uma política de integração entre os dois sistemas médicos, incrementando o ensino e pesquisa com MTC, declarando que "a Medicina e a Farmacologia chinesas

são um palácio de grandes tesouros, devendo ser feitos todos os esforços para sua exploração, e para sua ascensão a níveis mais elevados". Os baixos custos dessa prática colaboraram nessa decisão, permitindo à população maior acesso à saúde. (PALMEIRA, 1990; SCHOEN, 2006).

Os registros oficiais sobre a introdução da acupuntura no Brasil são raros. De qualquer modo, sua história se confunde com a chegada dos primeiros imigrantes chineses (1812), japoneses (1908) e outros povos orientais ao nosso país. Alguns autores, entretanto, sugerem que os índios da América do Sul já utilizavam a inserção de espinhos na pele com objetivos terapêuticos (FROIO, 2006).

Na primeira metade do século XX, grande parte da acupuntura praticada por orientais ficou restrita às suas comunidades, devido a dificuldades com a língua. Sua difusão na sociedade brasileira é incrementada na década de 1950 quando o fisioterapeuta Friedrich Johann Spaeth, nascido em Luxemburgo e naturalizado Brasileiro, funda a Sociedade Brasileira de AP e Medicina Oriental (1958). Em 1961, juntamente com os médicos Ermelino Pugliesi e Ary Telles Cordeiro, Spaeth funda o Instituto Brasileiro de AP (IBRA), primeira clínica institucional de acupuntura do Brasil. No mesmo ano, chega ao Brasil o médico Wu Tou Kwang, que se tornou um dos nomes de destaque no campo de ensino das técnicas médicas chinesas no país (FROIO, 2006).

O objetivo central da acupuntura é a idéia de equilíbrio, tanto no que se refere às funções orgânicas quanto à relação do corpo com o meio externo. Em outras palavras, a acupuntura preconiza que a saúde é dependente das funções psico-neuro-endócrinas, sob influência do código genético e de fatores extrínsecos como nutrição, hábitos de vida, clima, qualidade do ambiente, entre outros (SCOGNAMILLO, 2001; SCHOEN, 2006).

A acupuntura tem sido indicada para o tratamento de diversas condições dolorosas (WHITECLOUD, 2000). A sua eficácia no tratamento das dores músculo-esqueléticas crônicas está comprovada em diversas situações (IRNICH et. Al., 2001).

Os efeitos neurobiológicos da acupuntura, que atua também sobre os neurotransmissores relacionados com a dor e a depressão, qualificam o método como útil e adequado na terapêutica da dor crônica (WHITECLOUD, 2000). Segundo Stux et al., a acupuntura induz a produção de substâncias, geralmente neuro-hormônios, neurotransmissores e hormônios que são secretados no sangue.

Em relação aos mecanismos de ação da acupuntura, umas das explicações é que acupuntura agiria como um estímulo nociceptivo, estimulando a fibra A delta, cujos impulsos trafegam mais velozmente do que os estímulos de dor carregados pelas fibras C não mielinizadas, e através de conexões neuronais dentro do mesencéfalo, geraria um impulso inibitório descendente, gerando analgesia. Isso em parte explicaria por que uma agulha espetada em um local longe do sítio de dor poderia levar à analgesia do mesmo (VICKERS e ZOLLMAN, 1999).

A acupuntura também estimularia a liberação de opióides endógenos e neurotransmissores como serotonina, o que explicaria o mecanismo de controle da dor aguda e crônica, além de possíveis ações em distúrbios depressivos. Outros estudos demonstraram que níveis de endorfina e encefalina no líquido são influenciados pela acupuntura e cujos efeitos são bloqueados por naloxone. Por outro lado, 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 conseqüentemente corticosteróide endógeno (SIERPINA e FRENKEL, 2005).

Segundo Vickers et al. (2004) o potencial elétrico das agulhas de acupuntura constitui estímulo que age sobre as terminações nervosas livres existentes nesses pontos, alterando o potencial da membrana celular, desencadeando o potencial de ação e a condução de estímulo nervoso.

O tecido lesado pela Acupuntura, produz as mesmas características de um processo inflamatório. A inserção de agulha estimula a liberação de peptídeos, substância P, histamina, bradicininas e enzimas proteolítica que culminam com o aumento da irrigação sanguínea local por vasodilatação reativa a estas moléculas. E,

juntamente com o aumento da irrigação sanguínea, há um aumento de serotonina, prostaglandinas e células de defesa do organismo (SANCHE, MORAIS e LUZ, 2004).

Além dos efeitos analgésicos, a acupuntura apresenta uma ampla diversidade de efeitos: relaxante muscular, sedativo/hipnótico, anti-emético, ansiolítico, antidepressivo (leve), anti-secretor (de ácido clorídrico), anti-adição, antiinflamatório, indutor de imunidade, facilitador na reabilitação após acidente vascular cerebral e estimulante da reparação e cicatrização tecidual (OLIVEIRA e MIN, 2007).

No estudo realizado por Darella (2000), os resultados evidenciaram que o tratamento com acupuntura resulta em melhora da qualidade de vida relacionada à saúde, melhorando a percepção subjetiva da qualidade de vida relacionada à saúde independente do local da queixa principal e do número de comorbidades dolorosa; diminuindo a intensidade da dor independente do local da queixa principal e do número de comorbidades dolorosa; diminuindo o consumo diário de medicamentos; permitindo o retorno ao trabalho; permitindo também melhor desempenho nas atividades de vida diária.

Estudos demonstram que a acupuntura induz o organismo a produzir esteróides, que diminuem o processo inflamatório, estimula a produção de endorfinas, analgésicos naturais do corpo, melhorando a sensação de bem estar, humor, a qualidade do sono e o relaxamento global, fornecendo para a diminuição do espasmo muscular e da dor (LEMOS, TOMÉ e SOUZA, 2004).

Linde, Weidenhammer e Streng (2006) realizaram uma pesquisa cujo o objetivo era investigar os resultados do tratamento pela acupuntura em pacientes com osteoartrose de joelho. Foi entrevistada uma população de 1.443 pacientes com dor devido a osteoartrose, mas somente 1.167 foram classificados para a amostra. Durante a aplicação dos questionários um fluxo de 736 pacientes ficaram com amostra, na qual a prevalência de local de acometimento para a osteoartrose nestes pacientes eram: 70 (10%) sofriam de osteoartrose secundária de joelho, 278 (38%) sofriam exclusivamente de osteoartrose primária de joelho (uni ou bilateral); 239 pessoas sofriam de osteoartrose de quadril, artrose de joelho e osteoartrose de ombros; 149 apresentavam

artrose em duas ou mais articulações. A média de dor entre os participantes no início da pesquisa era de 5.7, e eles apresentavam também prejuízo na função física devido à doença. O defeito desta pesquisa foi não ter incluído na metodologia grupo controle. O número de sessões de tratamento pela Acupuntura foi de no máximo 15 sessões.

Os resultados deste estudo feito por Linde et al. (2006) mostram o tratamento pela acupuntura em diversos locais de osteoartrite. E chegam a uma conclusão que depois das sessões de tratamento por acupuntura, os pacientes afirmavam sentir menos dor, diminuíram a dosagem de medicamento, melhora na aptidão, na funcionalidade física e na saúde mental; resultados melhores na diminuição da dor e uma menor taxa de fator de risco para depressão. Ao avaliarem o efeito terapêutico da acupuntura, 18 % dos participantes do estudo classificaram-os como muito bom, 27% como bom, 31% moderado, 16% pequeno e 8% não relatou nenhum benefício. Os efeitos colaterais foram relatados por 7% dos pacientes que responderam as perguntas (724 pacientes), e consideraram como os mais frequentes dos efeitos colaterais a fadiga, hematoma e a dor. Portanto, a acupuntura pode ser uma terapia viável para o tratamento da dor da osteoartrite de joelho e de quadril.

Brasil et al. (2008) constataram em seu estudo que houve mudanças na qualidade de vida dos indivíduos pesquisados após início da acupuntura, com o alívio da dor. As maiores médias foram obtidas nas dimensões que avaliam o desempenho nas atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas, na percepção subjetiva do estado geral de saúde e na escala de humor e bem-estar. Isso indica que a percepção individual da qualidade de vida é positiva. Percebem as limitações impostas pela dor, contudo têm uma atitude positiva na maneira de encarar sua vida.

Em outro estudo visando comparar a eficácia da Acupuntura versus o uso do ultrassom contínuo, em pacientes com artrite, 85 pacientes foram avaliados de forma randomizada quanto aos padrões de dor e amplitude de movimento. Os tratamentos foram realizados por fisioterapeutas, 2 vezes por semana, durante 5 semanas, sendo os resultados avaliados por 12 meses. Os resultados demonstraram que ambos os

tratamentos foram efetivos, porém a acupuntura foi mais eficiente (JOHANSSON, ADOLFSSON e FOLDEVI, 2005).

Sanchez et al. (2004) afirma que o tratamento pela a acupuntura resulta em melhora da percepção subjetiva da qualidade de vida relacionada á saúde independente do local da dor, da queixa principal e do número de comorbidades dolorosas e do consumo de medicamentos; permitindo o retorno ao trabalho; e um melhor desempenho nas atividades de vida diária.

7 Hipóteses

H₁: Adultos portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura apresentam melhor capacidade funcional comparados a idosos.

H₀: Adultos portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura não apresentam melhor capacidade funcional comparados a idosos.

8 Metodologia

8.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Estudo descritivo-analítico, a ser realizado em clínicas especializadas de acupuntura.

8.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL

A população do estudo será composta com pacientes com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, que apresentam diagnóstico de Dor Crônica e estão em tratamento em uma das clínicas envolvidas no estudo.

Os critérios de inclusão para a participação nesta pesquisa serão: a) ter idade de 18 anos ou mais; b) aceitar participar do estudo; c) ser paciente de uma das clínicas especializadas envolvidas na pesquisa; d) ter o diagnóstico de Dor Crônica; e) estar realizando tratamento com acupuntura há pelo menos um mês. O critério de exclusão para a participação neste estudo é ter diagnóstico de câncer;

8.3. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados serão coletados no período de Março a Maio de 2010. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora diretamente com o participante por meio de dois instrumentos: o primeiro foi desenvolvido pela própria pesquisadora, e refere-se aos dados sócio-demográficos e clínicos, o segundo, constituído pelo instrumento que avalia a qualidade de vida de pacientes com dor crônica, o SF36.

8.3.1. Instrumento de Avaliação dos Dados Sócio-Demográfico e Clínico (Apêndice 1)

Instrumento criado especialmente para este estudo, no qual serão registradas informações sobre: idade, sexo, renda, escolaridade, profissão, ocupação, estado civil, tipo de arranjo domiciliar, local de moradia, tempo desde o diagnóstico de Dor Crônica, tratamento para Dor Crônica, aderência ao tratamento, entre outras.

8.3.2. SF-36: Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (Anexo 2)

Instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, originalmente formulado na língua inglesa, tendo sido traduzido para o português e validado junto à população brasileira (14). É um questionário multidimensional que contém 36 itens, agrupados em 08 escalas/dimensões (WARE e SHERBOURNE, 1992):

- Capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas);
- Aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais);

- Dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais);
- Estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde);
- Vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde);
- Aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais);
- Aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais);
- Saúde mental (escala de humor e bem-estar).

As escalas são apresentadas em escores que variam de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado de saúde, e cem ao melhor estado de saúde.

8.4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados relativos ao perfil sócio demográfico e clínico serão inseridos e tabulados em planilha eletrônica com as análises de estatísticas descritivas realizadas no programa SPSS (StatisticalPackage for Social Sciences).A análise dos resultados obtidos com a aplicação SF36 será feita conforme propõe o próprio instrumento (Anexo 3).

8.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes serão orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e entrevistados somente após concordarem com a participação e assinarem termo de consentimento. Uma das vias do termo de consentimento ficará com o participante para que ele tenha uma forma de contato com o pesquisador em casos de dúvidas.No termo de consentimento o participante será informado a respeito:

- dos riscos, desconfortos e benefícios do presente trabalho, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida;

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1997.

DARELLA ,ML. Efeitos da Acupuntura sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde(QVRS) em pacientes na dor crônica em ambulatório da rede pública de Florianópolis[dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M.; MATSUO, T., Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.5, Mai. 2007.

DUARTE, M.J.S. Autocuidado para a qualidade de vida. In:Caldas, CP. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro, EdUERJ, 1998.

ELLIOT, A.M.; SMITH, B.H.; SMITH, W.C.; CHAMBERS, W.A. Changes in chronic pain severity over time: the chronic pain grade as a valid measure. *Pain* 88(3): 2000.

FLECK, M.P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública* 1999; 33:198-2005.

FROIO, L.R. A expansão da Medicina Tradicional Chinesa: uma análise da vertente cultural das Relações Internacionais. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) - Universidade de Brasília - UNB - Instituto de Relações Internacionais - IREL, Brasília, DF. Disponível em <http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=586>. Acesso em 20 out. 2009.

FÜRST, S. Transmitters involved in antinociception in the spinal cord. *Brain Research Bulletin*, v.48, n.2, Jan. 1999.

GALLUZZI, K.E. Managing neuropathic pain. *JAOA*, v.107, n.10, s.6, 2007.

GARCIA, M.L.B.; CALICH, I. Artrites e artralguas In Martins MA; Beseñor IM, *Atta Semiologia clínica*. São Paulo, Sarvier, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> (acessado em 11/11/09).

IRNICH, D.; BEHRENS, N.; MOLZEN, H., et al. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and "sham" laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. *BMJ* 2001.

JAGGAR, D. History and basic introduction to veterinary acupuncture. *Problems in Veterinary Medicine*, 1992.

LEMOES, T.V.; THOMÉ, M.C.; SUZA, J.L., Acupuntura e mackenzie para lombociatalgia: um estudo de caso, *Rev. Sociedade Brasileira Fisioterapeutas Acupunturistas*, v.1, n.3,2004.

LORIG, K.R. *et al.* Chronic disease self-management program. Two-year health status and health care utilization outcome. *Medical Care*, 2001.

MARTINEZ, J.E.; FERRAZ, M.B.; SATO, E.I., Atra E Fibromyalgia vs Rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol* 1995.

MARTINEZ, J.E.; MACEDO, A.C.; PINHEIRO, D.F.C. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta Fisiatrica*. 2004.

MERSKEY, N.B. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

MILLAN, M.J. The induction of pain: an integrative review. *Progress in Neurobiology*, v.57, n.1,1999.

MINAYO, M.C.S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, jan-fev, Rio de Janeiro, 2000.

NERI, A.L. Qualidade de vida e idade madura. Coleção viva idade, Ed. Papirus, 2^a edição, Campinas, SP, 1999.

NERI, A.L. Qualidade de Vida na Velhice e Atendimento Domiciliário. In Duarte, YAO. E Diogo MJD. (orgs.) *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu. 2000.

NERI, AL. Palavras-chave em Gerontologia. São Paulo: Alínea; 2005.

OLIVEIRA, C.C.; et al., A dor e o controle do sofrimento, Revista de Psicofisiologia, v.1, n.1, 1997.

OLIVEIRA, João Filipe de; MIN, Li Shih. *Ensaio clínico N-de-1: uma nova perspectiva para pesquisa em Acupuntura? N-of-1 design: a new perspective for Acupuncture research?*. Disponível em: <<http://www.somasp.org.br/2edicaorevista.asp>>. Acesso em: 13 Agosto 2009.

PALMEIRA, G. A acupuntura no ocidente. Cadernos de Saúde Pública, v.6, n.2, 1990.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p 2-12.

PIMENTA, C.A.M., TEIXEIRA, M.J. Avaliação da dor. Revista de Medicina 1997.

PORTELLA, M.R. Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável. Passo Fundo: UPF; 2004

ROCHA, A.P. et al., Dor: aspectos atuais da sensibilização periférica e central, Rev. Bras. Anestesiol, Campinas, v.57, n.1, 2007. Site: www.scielo.br; acessado em 20 Out. 2009.

SANCHEZ, H.M.; MORAIS, E.G.; LUZ, M.M.M., Acupuntura fisioterapêutica no tratamento da fibromialgia: uma revisão, Rev. Soc. Bras. Fis. Acup., v.1, n.3, 2004.

SCHOEN, A. Acupuntura veterinária: da arte antiga à medicina moderna. 2.ed. São Paulo: Roca, 2006.

SCHOEN, A.M. Introduction to veterinary acupuncture: scientific basis and clinical applications. In: ANNUAL CONVENTION OF THE AMERICAN ASSOCIATION OF EQUINE PRACTITIONERS, 39, 1993.

SCOGNAMILLO-SZABÓ, M.V.R.; BECHARA, G.H. Acupuntura: bases científicas e aplicações. Ciência Rural, v.31, n.6, p.1091-1099, 2001.

SIERPINA, V.S.; FRENKEL, M.A. Acupuncture: a clinical review. South Med J. 2005.

SMITH, B.H.; ELLIOTT, A.M.; CHAMBERS, W.A. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract.* 2001.

STUX, G.; BERMAN, B.; POMERANZ, B. *Basics of Acupuncture.* 5 ed. Berlin: Springer; 2003.

SZABÓ, M.V.R.S.; BECHARA, G.H., *Acupuntura bases científicas e aplicação, Rev. Ciência Rural, Santa Maria, v.31, n.6, , 2001.*

TEIXEIRA M.J.; PIMENTA C.A.M. *Epidemiologia da dor.* In: Teixeira MJ (ed). *Dor: conceitos gerais,* São Paulo, Limay 1995.

TEIXEIRA, M.J.; MARCON, R.M.; ROCHA, R.O. *Epidemiologia da dor.* In: Teixeira MJ, Figueiró JAB. *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento.* São Paulo: Moreira Júnior, 2001.

THE WHOQOL GROUP. *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.* *Soc Sci Med* 1995.

TRIBIOLI, R. A., *Análise crítica atual sobre o tens envolvendo parâmetros de estimulação para o controle da dor.* 85 f. *Dissertação (Mestrado em Bioengenharia) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/MG, 2003.*

TURK, D.C; DWORKIN, R.H.; BURKE, L.B.; GERSHON, R.; ROTHMAN, M.; SCOTT, J.; et al. *Developing patient-reported outcome measures for pain clinical trials: IMMPACT recommendations.* *Pain.* 2006.

VELOZ, M.C.T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C.M.; CAMARGO, B.V. *Representações sociais do envelhecimento.* *Psicologia Reflexiva, v,12, n.2, p.479-501, 1999.*

VICKERS, A.; ZOLLMAN, C. *ABC of complementary medicine: acupuncture.* *BMJ,* 1999.

WHITE, A.; ERNST, E. *A brief history of acupuncture.* *Rheumatology, v.43, n.5, 2004.*

WHITECLOUD, T.S. *Low back pain.* In: Rakel RE, editor. *Conn's current therapy.* 52nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

ZHANG, W. et al., Modulation of pain signal processing by electric acupoint stimulation: an electroencephalogram study, Beijing Da Xue Xue Bao, v.35, n.3, 2003, 2009.

Apêndice C. Instrumento de coleta de dados II

Instrumento de coleta de dados 2



Qualidade de Vida de Portadores de Dor Crônica Tratados com Acupuntura

Data da entrevista:

Código:

A- Perfil sócio-demográfico:

1- Nome:

2- Data de nascimento: __/__/__ (dd/mm/aaaa)

3- Idade(em anos completos):

4- Sexo: (1) Masculino

(2) Feminino

5- Cor da Pele: (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (6) Não sabe/ Não responde

6- Local de Nascimento: (1) Urbano (2) Rural

7- Local de Residência: (1) Urbano (2) Rural

9- Estado Civil:

(1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/ Desquitado (4) Separado (5) Viúvo

(6) Vivendo Maritalmente (7) Outro (8) Não sabe/ Não responde

10- Escolaridade:

- (1) Analfabeto (2) Sabe ler e escrever e não frequentou a escola (3) 1 - 4 anos
(4) 5 – 8 anos (5) 9 – 11 (6) 12 ou mais (7) Não sabe/ Não responde

11- Religião

- (0) Nenhuma (1) Católica (2) Evangélica/ Protestante (3) Espírita (4) Judaica
(5) Outra (Especifique): (6) Não respondeu

12- Arranjo de moradia

- (1) Sozinho (2) Somente com cônjuge ou companheiro (3) Cônjuge e filhos
(4) Filhos (5) Cônjuge, filhos, genro e/ou nora (6) Com netos (7) Filhos e netos
(8) Outros (especificar)

13- Renda mensal do participante:

- (0) Não possui renda
(1) Até 1 salário (2) De 1 a 2 salários (3) de 3 até 5 salários (4) acima de 5 salários (5) não sabe/ não respondeu.

14- **Ocupação/Profissão:** _____

B- Perfil Clínico

15- Patologias diagnosticadas

- (1) Tendinite
(2) Gota
(3) Artrose
(4) L E R
(5) Osteófito

- (6)Osteoporose
- (7)Artrite reumatóide
- (8)Fibromialgia
- (9)Bursite
- (10)Lombalgia
- (11)Hérnia de Disco
- (12)Escoliose
- (13)Espondilite
- (14)Esclerodermia
- (15)Doença do Tecido Conectivo
- (16)Lúpus Eritematoso Sistêmico
- (17)Síndrome de Sjogren
- (18)Síndrome de Reiter

16- Tempo do quadro algico quando procurou o tratamento com acupuntura.

- (1) Menos de 01 ano
- (2) De 01 até 03 anos
- (3) De 03 á 05 anos
- (4) Mais de 05 anos

17- Localização da dor

- (1) Região cefálica
- (2) Região cervical
- (3) Região torácica
- (4) Região abdominal
- (5) Região dorsal
- (6) Região pélvica
- (7) Região de membros superiores
- (8) Região de membros inferiores
- (9) Região perineal e genital
- (10) Dor generalizada*

*Na categoria dor generalizada, foram incluídas dores descritas como generalizadas e dores articulares envolvendo diferentes segmentos corporais.

18- Tomada de Decisão pelo tratamento de Acupuntura

- (1) Indicação Médica
- (2) Indicação do Fisioterapeuta
- (3) Indicação de outro Profissional da Saúde
- (4) Familiares, Amigos
- (5) TV, Jornais, Revistas

19- Tempo de tratamento com Acupuntura: _____ meses

20- Além da Acupuntura, faz no momento outro tratamento para a dor crônica.

- (1) Sim
- (2) Não

21- Em caso de outro tratamento, o que faz uso?

- (1) Analgésico
- (2) Antiinflamatório
- (3) Homeopatia
- (4) Fisioterapia
- (5) Hidroterapia
- (6) Outros



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEF