**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Perfil dos pacientes, em geral e HIV positivos,
atendidos em uma unidade de práticas integrativas
e complementares da rede municipal de São Paulo**

MARCO BROITMAN

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-gradua-
ção em Saúde Pública para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública**

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Regina Alves Cardoso

**São Paulo
2011**

**Perfil dos pacientes, em geral e HIV positivos,
atendidos em uma unidade de práticas integrativas
e complementares da rede municipal de São Paulo**

MARCO BROITMAN

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-gradua-
ção em Saúde Pública para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública**

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Regina Alves Cardoso

São Paulo

2011

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

DEDICATÓRIA

À minha mulher, Rita, meu porto-seguro, pelo amor, dedicação, carinho e companheirismo.

À minha mãe, Eveli, por permitir que minha mente sempre se mantivesse aberta ao conhecimento sobre o mundo sutil.

Às minhas irmãs, Daniela e Mariane, pelo exemplo de persistência, superação e força de vontade.

Ao meu tio, Theodor, exemplo de dedicação à arte de curar, que me apresentou a acupuntura e de certo modo é responsável pelo caminho que escolhi.

Ao meu pai, Giulio (*in memoriam*), pelas boas lembranças e momentos que tivemos juntos.

Aos meus antepassados.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Regina Alves Cardoso, por me acolher e me orientar de forma sábia, generosa e carinhosa.

Ao Prof. Dr. Flavio José Dantas de Oliveira e Prof. Dr. Marco Akerman por aceitarem participar da banca, pela disponibilidade e pelos comentários imprescindíveis por ocasião da pré-banca, que tanto ajudaram a melhorar este trabalho.

Ao Dr. Norvan Martino Leite, por me incentivar a fazer o mestrado, pela iniciativa e coragem de apostar na UMT e por me dar a oportunidade de lá trabalhar.

À Andrea, Karina e Tatiana, pela paciência e enorme contribuição na digitação de dados.

À Keila, Grasi, Daniela e Nayara, pelo apoio, amizade e carinho.

Aos pacientes da UMT, que são causa e objeto deste trabalho, com quem ensino e aprendo, e que me permitem me tornar a cada dia uma pessoa melhor.

Aos mestres que tive a sorte de encontrar no meu caminho: Dr. Theodor Przepiorka, Dr. Rui Tanigawa, Dr. Nguyen Van Nghi, Dr. Tran Viet Dzung, Dr. Norvan Martino Leite, Dr. Ysao Yamamura, Dr. Toshikatsu Yamamoto e muitos outros.

À Regina Stocklen, pelo trabalho árduo e paciente de revisão do texto.

A todos os meus queridos amigos, especialmente Marta e Fabio, pelo incentivo, apoio e disponibilidade.

Aos colegas da Unidade de Medicinas Tradicionais: Cida, Eny, Érica, Júlio (*in memoriam*), Lie, Luci, Luis, Madalena, Maria Ângela, Maria do Carmo, Maria Lucia, Pedro, Rita, Zé Paulo, por fazerem a UMT ser um lugar de acolhimento aos pacientes.

Ao corpo clínico, funcionários e diretoria do pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual, por me ajudarem nos momentos difíceis.

A todas as pessoas que lutaram e às que ainda lutam para ampliar os horizontes da medicina.

...saúde é estar em harmonia com a visão de mundo. Saúde é uma percepção intuitiva do universo e de todos os seus habitantes como seres de um único estofo. Saúde é comunicar-se com animais, plantas, estrelas e minerais. É conhecer morte e vida, e não ver entre elas diferença alguma. É misturar e fundir, procurando o isolamento e o companheirismo para compreender nossas múltiplas identidades. Saúde não significa sentir nada; nem significa ausência de dor. Saúde é buscar todas as experiências da Criação e vivenciá-las, sentindo sua textura e seus múltiplos significados. Saúde é expandir-se para além do próprio estado de consciência para experimentar os sussurros e vibrações do universo.

Jeanne Achterberg

RESUMO

BROITMAN M. Perfil dos pacientes, em geral e HIV positivos, atendidos em uma unidade de práticas integrativas e complementares da rede municipal de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

Introdução: As práticas integrativas e complementares em saúde (PIC), entre as quais se inclui a acupuntura, vêm ganhando espaço nas últimas décadas no serviço público no Brasil. Em 2006 foi aprovada a lei que regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), proporcionando maior impulso para essas práticas no SUS. Alinhada com essa política, a Unidade de Medicinas Tradicionais (UMT), no município de São Paulo, vem oferecendo desde 2005 atendimento com as PIC de maneira ampla e contínua. Entre os pacientes atendidos na UMT, há uma parcela de pacientes HIV positivos, cujo perfil é desconhecido.

Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes atendidos na Unidade de Medicinas Tradicionais e, em particular, dos pacientes HIV positivos, caracterizando: origem do encaminhamento, queixas, expectativas em relação ao tratamento e aspectos que mais influenciam negativamente a qualidade de vida desses pacientes.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal descritivo, analisando-se todos os prontuários dos pacientes atendidos na UMT entre 2006 e 2009. Os pacientes HIV positivos foram identificados e contatados para entrevista, para que informações detalhadas fossem obtidas. Foram usados um questionário de qualidade de vida específico para pacientes HIV positivos (HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument – HAT-QoL) e um questionário desenvolvido pelo pesquisador. Resultados – Foram incluídos 1960 pacientes, dos quais 81% eram mulheres; 68,3% acima dos 50 anos; e 74,1% com demanda espontânea. As queixas principais foram dor (66%) e queixas mentais (26%), com duração mediana de 24 meses. Foram identificados 57 pacientes soropositivos, dos quais 71,9% eram do sexo masculino. As queixas principais também foram dor (22%) e queixas mentais (21,3%), sendo 72,1% com demanda espontânea. Entre as expectativas, estavam: alívio das queixas, melhora da qualidade de vida, bem-estar e melhora da imunidade. Na avaliação das dimensões de qualidade de vida, as mais afetadas foram “função sexual” e “preocupação em revelar a doença”.

Conclusões: A população atendida na UMT é predominantemente feminina, acima dos 50 anos, com queixas álgicas, de longa duração e com demanda espontânea. Os pacientes HIV positivos são predominantemente masculinos. A principal queixa foi dor. Em sua maioria, procuraram atendimento em acupuntura de maneira espontânea. Esperavam, com o tratamento, o alívio das queixas, bem-estar, melhorar qualidade de vida e imunidade.

Descritores: acupuntura; medicina integrativa; HIV; AIDS; SUS; saúde pública.

ABSTRACT

Broitman M. Profile of patients, in general and HIV positives, treated at an integrative and complementary health practices public unit, São Paulo City. [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011

Introduction: Integrative and Complementary Health Practices, among them acupuncture, have been gaining space in the last decades in the Brazilian Health Public System (SUS). In 2006, a law regulating the Integrative and Complementary Health Practices National Policy was passed, which boosted the implementation of such practices in the Health Public System. Aligned to that policy, the Traditional Medicine Unit (UMT) in the city of São Paulo has been broadly and continually providing treatment based on Integrative and Complementary Health Practices since 2005. Among the patients treated at that unit, there are HIV-positive patients, whose profile is unknown so far.

Objective: The aim of this study is to describe the profile of the patients treated at the UMT, particularly those who are HIV positive. The origin of the patients seen in the unit, their complaints, expectations regarding the treatment, and the aspects that might negatively influence their quality of life were described.

Methods: We conducted a cross-sectional descriptive study by analyzing all medical charts from the patients treated at the Traditional Medicine Unit, from 2006 to 2009. The HIV-positive patients were identified and interviewed to obtain detailed information. The HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument – HAT-QoL and a questionnaire prepared by the researcher were used.

Results: The study included 1,960 patients, of which 81% were women, 68.3% were over 50 years of age, and 74.1% arrived at the unit spontaneously. The main complaints were pain (66%) and mental disorders (26%), with average duration of 24 months. Fifty-seven HIV-positive patients were identified, of which 71.9% were men; the main complaints were also pain (22%) and mental disorders (21.3%); 72.1% arrived at the unit spontaneously. Among their expectations were: relief from complaints, improvement of their quality of life, well-being, and immunity. When the quality-of-life dimensions were evaluated, the “sexual function” and the “concern about revealing the disease” were the most affected ones.

Conclusions: The population treated by the UMT is composed mostly by women, patients over 50 years of age, with long-term pain-related complaints, originating from spontaneous demand. The HIV-positive patients are mostly men whose prevailing complaint is pain. They have mostly sought acupuncture treatment spontaneously. They were expecting relief from complaints, and well-being, quality of life, and immunity improvement.

Descriptors: acupuncture; integrative medicine; unified health system; HIV; AIDS; public health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Denominações	13
1.2. Acupuntura no Ocidente	14
1.3. Acupuntura no Brasil	20
1.4. Acupuntura no Sistema Único de Saúde (SUS)	23
1.5. O papel e o significado das PIC na saúde pública	26
1.6. Unidade de Medicinas Tradicionais (UMT).	28
1.7. Caracterização da população atendida na UMT	30
1.8. Acupuntura e pacientes HIV positivos	31
2. OBJETIVOS	35
2.1. Objetivo geral	35
2.2. Objetivos específicos	35
3. MÉTODO	36
3.1. Desenho do estudo	36
3.2. População estudada	36
3.3. Coleta de dados	36
3.4. Análise dos dados	37
3.5. Aspectos éticos	38
4. RESULTADOS	40
4.1. População geral da UMT	40
4.1.1. Queixas	41
4.1.2. Duração das queixas	42
4.1.3. Comorbidades	43
4.1.4. Medicamentos	44
4.2. Pacientes HIV positivos	46
4.2.1. Avaliação dos prontuários	46
4.2.2. Questões abertas	46
4.2.3. Questionário HAT-QoL	55
5. DISCUSSÃO	58
6. CONCLUSÕES	70
7. REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	
1 - QUESTIONÁRIO SOBRE EXPECTATIVAS DO PACIENTE	82
2 - HAT-QOL VERSÃO BRASILEIRA EM PORTUGUÊS	83
3 - TERMO DE COMPROMISSO	90
4 - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de estabelecimentos, por mês / ano e classificações do Serviço 134 Práticas Integrativas e Complementares cadastradas. Brasil – mês março, anos 2008, 2009, 2010.	25
Tabela 2	Distribuição dos pacientes da UMT de acordo com a faixa etária.	40
Tabela 3	Distribuição dos pacientes da UMT por tipo de demanda.	41
Tabela 4	Distribuição dos pacientes de acordo com tipo de queixa.	42
Tabela 5	Distribuição das queixas por duração, em meses.	43
Tabela 6	Valor mínimo, mediana e valor máximo (em meses) da duração das queixas, por tipo de queixa.	43
Tabela 7	Distribuição dos pacientes de acordo com tipo de comorbidade.	44
Tabela 8	Distribuição dos pacientes por quantidade de medicamentos usados.	45
Tabela 9	Distribuição dos pacientes que usam medicamento, por tipo de indicação do medicamento.	45
Tabela 10	Distribuição dos pacientes HIV positivos entrevistados e não entrevistados de acordo com sexo.	47
Tabela 11	Valor mínimo, valor máximo e medidas de tendência central da idade (em anos) dos pacientes HIV positivos entrevistados e não entrevistados.	47
Tabela 12	Distribuição dos pacientes HIV positivos entrevistados e não entrevistados, de acordo com tipo de demanda.	47
Tabela 13	Distribuição dos pacientes HIV positivos entrevistados e não entrevistados por tipo de queixa.	48
Tabela 14	Distribuição dos pacientes HIV positivos pelo tipo de motivo que levou ao tratamento.	49
Tabela 15	Distribuição dos pacientes HIV positivos por tipo de demanda.	52
Tabela 16	Valor mínimo, mediana e valor máximo dos escores, por dimensão do HAT-QoL	55
Tabela 17	Pontuação em cada dimensão do HAT-QoL, por paciente.	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos países-membros da OMS de acordo com a existência de política nacional de medicinas tradicionais/medicinas alternativas e complementares (MT/MAC), e leis e atos regulatórios em MT/MAC, 2001	20
Gráfico 2	Número de consultas médicas em acupuntura, por ano. Brasil, 2000 a 2010	26

SIGLAS UTILIZADAS

ABA	Associação Brasileira de Acupuntura
AMBA	Associação Médica Brasileira de Acupuntura
AMPA	Associação Médica Paulista de Acupuntura
ARV	Antirretrovirais
CMBA	Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HAART	Terapia Antirretroviral de Alta Eficácia
HAT-QoL	HIV/AIDS Targeted Quality of Life Instrument
MTc	Medicina Tradicional Chinesa
MT/MAC	Medicinas Tradicionais / Medicinas Alternativas e Complementares
MTHPIS	Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
QDV	Qualidade de Vida
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMBA	Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura
SUS	Sistema Único de Saúde
UMT	Unidade de Medicinas Tradicionais
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

1.1. DENOMINAÇÕES

Existem diferentes classificações para as técnicas terapêuticas que não são consideradas convencionais. Essas classificações podem variar de país para país e também ao longo do tempo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a expressão Medicinas Tradicionais de maneira ampla, para se referir às práticas terapêuticas antigas cuja existência precede à utilização da ciência moderna e que refletem concepções filosóficas e culturais de sua origem (WHO, 2011). Nos países onde a medicina dominante é a biomédica, as Medicinas Tradicionais também são chamadas de Medicinas Alternativas e/ou Complementares (OMS, 2002), que é o caso da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no Brasil. A expressão pode ser usada de maneira generalizada como Medicinas Tradicionais / Medicinas Alternativas e Complementares (MT/MAC).

A acupuntura é uma técnica específica que compõe a MTC. Entende-se por Medicina Tradicional Chinesa um conjunto de práticas, originárias da China Antiga e baseadas em um sistema filosófico próprio, que inclui, além da própria acupuntura: práticas corporais (por exemplo: Tai Chi, Lian Gong), meditação, orientação alimentar, massagem e fitoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Neste estudo optou-se por denominar a MTC (e a acupuntura), bem como outras práticas não convencionais, como práticas integrativas e complementares (PIC), que é a denominação utilizada pelo Ministério de Saúde do Brasil.

A opção por esta denominação justifica-se pelo uso oficial no país e também porque melhor reflete a interação dessas práticas com a medicina convencional (ou biomedicina), ou seja, de maneira integrada.

Aparecerão ao longo do texto outras denominações, como medicina alternativa ou medicina complementar. Essas denominações apenas refletem o texto original de onde foram extraídas.

1.2. ACUPUNTURA NO OCIDENTE

Os primeiros relatos sobre a medicina chinesa e acupuntura no Ocidente apareceram no século XVII, por meio de missionários franceses que voltavam ao seu país vindos do Oriente e também por meio de médicos que trabalhavam para a Companhia das Índias Orientais. O complexo sistema, do qual a acupuntura fazia parte, diferia drasticamente do conhecimento que durante o século XVI fora adquirido por médicos e anatomistas, como o belga Andreas Vesalius ou o britânico William Harvey. Nessa época, na Europa, a medicina aprofundava-se na anatomia humana, por meio principalmente da dissecação de cadáveres. A abordagem energética bem como toda a cosmologia chinesa estavam muito distantes da realidade ocidental. Essa diferença na visão da estrutura e função do corpo humano e a distância cultural fizeram com que a acupuntura fosse totalmente rechaçada enquanto ciência médica (BALDRY, 2005). Apesar disso, segundo BALDRY, surpreendentemente a acupuntura passou a ser usada mais adiante, no século XIX, por alguns médicos, principalmente na Inglaterra, França e Alemanha (BALDRY, 2005). O uso da acupuntura diferia muito entre os médicos daqueles países. Na Inglaterra, os primeiros médicos que escreveram sobre acupuntura foram J.M. Churchill, que publicou dois livros (1821 e 1828), e John Elliotson, que escreveu um artigo em 1827. Nenhum dos dois aplicava os conhecimentos clássicos da medicina chinesa, mas se detinham apenas em tratar dores musculoesqueléticas através de agulhamento de regiões mais sensíveis (técnica que precedeu ao que atualmente chamamos de agulhamento por pontos-gatilho). Esses autores reportaram resultados benéficos, porém não conseguiram difundir a técnica, possivelmente porque não conseguiam explicar como a acupuntura funcionava.

O que ocorreu na França e na Alemanha foi diferente. Nesses países, alguns médicos adotaram a medicina chinesa em sua forma mais completa. Em 1816, Berlioz escreveu um livro de Acupuntura Tradicional Chinesa e, em 1825, Sarlandière, um médico parisiense, iniciou o uso de eletroacupuntura. Esses procedimentos terapêuticos foram adotados pela comunidade médica e desenvolvidos até os dias de hoje. Na Alemanha, Bernstein e Lohmayer, no início do século XIX, publicaram artigos sobre o alívio de dores reumáticas mediante a inserção de agulhas, o que levou a difusão do uso da acupuntura para essa e outras finalidades (BALDRY, 2005). Outro autor francês, Dabry de Thiersant, diplomata que viveu muitos anos na China, publica em 1863 um livro de 580 páginas chamado *La Médecine chez les Chinois*, no qual expõe os princípios e as técnicas da acupuntura. Porém, não sendo médico e, portanto, sem ter jamais praticado a acupuntura, logo teve seu livro relegado ao esquecimento (SMBA, s.d.).

Ainda na França, país do Ocidente onde até então a acupuntura clássica mais tinha se desenvolvido, ocorre, no século XX, década de 1930, o ressurgimento da acupuntura. George Soulié de Morant, sinólogo e cônsul da França na China, que lia e falava fluentemente o chinês, estudou a acupuntura com vários médicos chineses, chegando a receber um reconhecimento oficial como médico: o glóbulo de coral cinzelado, que lhe conferia a condição de acadêmico. De volta à França, Soulié de Morant ocupou-se com reunir e traduzir uma grande quantidade de material informativo, destacadamente, em 1934, o *Précis de la Vraie Acuponcture Chinoise* [Compêndio da verdadeira acupuntura chinesa], livro de acupuntura do início do século XX, que permanece atual até hoje (SMBA, s.d.).

A partir da França e da Alemanha, a acupuntura clássica progressivamente se desenvolveu e se difundiu para outros países da Europa. Contudo, a partir da década de 1970, houve um *boom* na acupuntura, com aumento drástico no número de praticantes e usuários. Isso se deve a diversos fatores, expostos a seguir.

Na década de 1970, após a visita do presidente norte-americano Richard Nixon e sua comitiva à China, e com o estreitamento diplomático e comercial entre aqueles pa-

íses, a acupuntura passou a ter maior destaque no cenário ocidental. Foi demonstrado, durante a visita diplomática, o uso da acupuntura em analgesia durante procedimentos cirúrgicos. Walter Tkach, médico pessoal do presidente Nixon, publicou numa revista popular um artigo com o sugestivo título de “I have seen acupuncture work” [Eu vi a acupuntura funcionar]. Nessa mesma década, o jornalista norte-americano James Reston (então editor do jornal *The New York Times*) publicou relatos da eficiência da acupuntura para sanar dores pós-operatórias de apendicectomia, a que fora submetido quando acompanhava a equipe de tênis de mesa dos EUA na China. Esses fatos aguçaram a curiosidade não só da população, mas também da comunidade médica, o que levou alguns médicos dos EUA e Inglaterra a viajar para a China para tirarem suas próprias conclusões (BALDRY, 2005).

Ainda na segunda metade do século XX, a evolução das descobertas da neurofisiologia – como a atuação de nociceptores na modulação da dor, a existência de receptores de opioides e a produção de opioides endógenos – abriu um vasto campo de estudos que possibilitaria explicar os mecanismos de analgesia pela acupuntura. Isso gerou um aumento do interesse da comunidade científica sobre o tema (BALDRY, 2005).

Outros autores consideram que fatores socioculturais tiveram papel determinante no crescimento da acupuntura e outras práticas integrativas e complementares em saúde (PIC) no mundo ocidental. Segundo LUZ (2007), o crescente interesse pelas práticas integrativas no Brasil ocorreu pelos seguintes fatores: crise no sistema de saúde, crise da medicina e outros fatores socioculturais.

A crise da saúde é caracterizada pelas desigualdades sociais, com dificuldade de acesso aos sistemas de saúde, descontrole de diversas enfermidades, acrescida de uma onda crescente de sensação de mal-estar social, fruto da percepção dos indivíduos de inadequação frente aos valores impostos pelos meios de difusão de informação em massa (LUZ, 2007).

A crise da medicina pode ser vista em diversos aspectos: na dificuldade dos programas de atenção médica à população de baixa renda, na deterioração da relação médico-paciente, na perda da medicina em atuar no seu papel terapêutico, valorizando a diagnose, na relação dos médicos com outros profissionais e entre médicos das diferentes especialidades (competição), e também crise no âmbito pedagógico (LUZ, 2007).

Fatores socioculturais podem ter contribuído ou até podem ter sido determinantes no interesse do ocidente na acupuntura. Nas décadas de 1960 e 70, houve aumento no interesse pelas práticas integrativas em razão de uma tendência de orientalismo e aproximação da natureza (incluindo a ecologia) que, entre outras manifestações, como o movimento *hippie* e o *rock*, faziam parte do movimento de contracultura, nos EUA e na Europa naquelas décadas e, mais tardiamente, na América Latina (LUZ, 2007).

Outros autores, como, por exemplo: NASCIMENTO (1998) e BARROS (2008), também consideram o movimento de contracultura fator importante para o aumento do interesse pelas medicinas integrativas. O movimento de contracultura “foi importante na produção de fatos, ideias e crenças no campo da saúde, os quais contribuíram especialmente para a construção do ideário alternativo e complementar” (BARROS, 2008, p. 19).

O movimento de contracultura foi importante não só pelo orientalismo, mas também porque questionava toda a base de conhecimento, sobretudo o método científico, e abria espaço também para o questionamento do método clínico convencional (BARROS, 2008).

LUZ (2007) acrescenta alguns fatores importantes para explicar o sucesso das PIC no âmbito social e institucional. As práticas alternativas desenvolveram-se porque houve um encontro cultural destas “com as novas representações e concepções (...) de saúde, adoecimento e cura, e relações homem-natureza, presentes atualmente na sociedade civil” (LUZ, 2007, p. 74), sendo que tal encontro tende a ser absorvido pelas

instituições, dependendo da pressão social e política. Outro motivo é o atrativo que a atuação nas medicinas ditas alternativas traz pelo resgate do modelo médico-paciente, que boa parte dos profissionais busca, mas também pelo mercado dos produtos e serviços alternativos, que veio crescendo acentuadamente, características que passam a atrair os estudantes de medicina. LUZ (2007) considera ainda a incorporação e desenvolvimento de outros saberes dentro da medicina como fatores estimuladores do pensamento alternativo: o surgimento e desenvolvimento da medicina psicossomática e da epidemiologia. A primeira constata a influência das emoções e sentimentos sobre o corpo e a saúde, e a segunda, a influência do meio e da coletividade sobre o indivíduo. Ambas extrapolam a concepção de saúde centrada no corpo, que é característica do modelo biomédico.

No campo institucional, a primeira menção às práticas integrativas e complementares ocorreu por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, realizada em 1978. Resultado dessa conferência, a Declaração de Alma-Ata trazia entre suas recomendações o estímulo à participação nos sistemas de saúde nacionais dos praticantes de medicinas tradicionais (OMS, 1978). Essa recomendação estava, entre outras, na maneira de se atingir o objetivo declarado nessa conferência de “saúde para todos no ano 2000”.

Em 1979, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma publicação reconhecendo o uso da acupuntura para cerca de quarenta doenças (WHO, 1979). Essa publicação foi fundamental para estimular e difundir o uso da acupuntura. Desde então, a OMS tem divulgado material na tentativa de normatizar nomenclaturas, pesquisa e políticas públicas em acupuntura.

Nesse sentido, a OMS publicou em 2002 a *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional para 2002-2005*. Entre as diretrizes desse documento, a OMS propôs: dar respaldo aos países de modo a: estimular a integração das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC) nos sistemas nacionais de saúde, desenvolvendo e im-

plementando políticas e programas nacionais; melhorar a segurança, eficácia e qualidade das PIC, ampliando a base de conhecimento sobre estas medicinas; aumentar a disponibilidade e acessibilidade às PIC e fomentar o uso racional das PIC, tanto pelos provedores quanto pelos consumidores (OMS, 2002).

Mais recentemente, a OMS, em parceria com o governo da China, promoveu, em 2007, em Pequim, a Conferência Internacional de Medicina Tradicional Chinesa para cooperação em Ciência e Tecnologia, onde foram discutidos os temas: situação atual da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no mundo; desafios e direção das pesquisas em MTC; leis, regulamentações e propriedade intelectual na MTC; controle de qualidade de produtos da MTC; pesquisa clínica e aplicação em MTC (incluindo diagnoses da MTC e acupuntura); globalização da indústria na MTC: experiência, problemas e soluções correspondentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Essa conferência demonstra o quão avançada se encontra atualmente a discussão sobre essas práticas.

Pode-se dizer, então, que o crescimento da acupuntura no Ocidente foi resultado de uma conjunção de fatores. Por um lado, o aumento do interesse da população, decorrente não só do orientalismo e crítica à ciência, característicos do movimento da contracultura nos anos 1960 e 70, mas também, já nas décadas subsequentes, o próprio uso e difusão da acupuntura no “boca a boca”, à insatisfação com a medicina convencional, principalmente no tratamento de doenças crônicas e, por outro lado, o grande avanço que a ciência teve nas explicações dos mecanismos neuroimunológicos da acupuntura, que conquistaram uma boa parcela da comunidade científica, também estimulada pelas orientações da OMS quanto às Práticas Integrativas e Complementares.

Segundo a OMS, o uso de Medicinas Tradicionais pelas populações dos países em desenvolvimento é bem acentuado: Etiópia (90%), Benin (80%), Índia (70%), Ruanda (70%), Tanzânia (60%) e Uganda (60%), mas também está presente de maneira marcante nos países desenvolvidos: Canadá (70%), França (49%), Austrália (48%) e Estados Unidos (42%) (OMS, 2002). Em um levantamento realizado pela OMS em

2001, através de questionário aplicado a todos os seus 191 países-membros na época, 141 países responderam; 30% deles possuíam uma política nacional de MT/MAC em saúde, e 38% dos países apresentavam algum tipo de procedimento legal ou de regulação em MT/MAC (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos países-membros da OMS de acordo com a existência de política nacional de medicina tradicional/ medicina alternativa e complementares (MT/MAC) e leis e atos regulatórios em MT/MAC, 2001

Fonte: OMS, 2005.

1.3. ACUPUNTURA NO BRASIL

Os primeiros contatos com a cultura e medicina chinesa no Brasil provavelmente ocorreram, mesmo que discretamente, no século XIX, com a vinda de agricultores chineses autorizados por D. João VI para cultivarem chá no Rio de Janeiro.

Mais adiante, no início do século XX, houve grande imigração japonesa, com muitos praticantes da acupuntura. Os praticantes e pacientes de acupuntura estavam res-

tritos quase que exclusivamente às próprias comunidades. O mesmo aconteceu com imigrantes chineses e coreanos. A acupuntura era uma prática discreta, restrita às comunidades orientais, exercida por indivíduos com conhecimento e experiência variável, sem regulamentação ou controle.

A partir da década de 1960, a acupuntura foi ganhando força fora dos domínios das instituições públicas, nos consultórios particulares, tanto por meio das comunidades orientais como por profissionais que tinham o conhecimento da acupuntura adquirido no exterior. O interesse pela acupuntura torna-se crescente no meio acadêmico e, já a partir dessa mesma década de 1960, surgem algumas associações de acupuntura. O principal exemplo é Friedrich Johann Spaeth, ou Frederico Spaeth, como era chamado. Fisioterapeuta e massoterapeuta originário de Luxemburgo, naturalizado brasileiro, teve sua formação na Europa e chegou ao Brasil na década de 1950. Foi responsável pela criação da primeira associação no Brasil, a Sociedade Brasileira de Acupuntura, que em 1961 se tornaria a Associação Brasileira de Acupuntura (ABA). Foi importante personagem na disseminação da teoria e prática da acupuntura no país (SMBA, s.d.).

A ABA reuniu grande número de profissionais e foi a primeira associação a promover seminários, congressos e cursos de acupuntura. Era formada por profissionais médicos e não médicos, o que acabou gerando conflitos internos.

Em 1984, os médicos da ABA resolvem formar uma associação exclusiva para a classe médica acupunturista, a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), justificando a separação pela diferença na formação entre os profissionais das diversas classes e também pela dificuldade que a instituição estava tendo para se inserir nos órgãos oficiais de ensino e pesquisa no país, pela presença de profissionais não médicos na associação (SMBA, s.d.).

Em São Paulo, um dos braços da SMBA fundou a Associação Médica Paulista de Acupuntura (AMPA), em 1986, que se desvinculou da SMBA e em 1994 veio a se tornar

a Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA), contando com sede em São Paulo e regionais em treze estados (AMBA, 2005-2011).

Ante a necessidade de se ter apenas um órgão que representasse a acupuntura médica no país, por determinação da Associação Médica Brasileira, em 1999 foi criado o Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA).

No Brasil, assim como nos EUA e na Europa, nas décadas de 1970 e 1980 houve maior interesse pelas práticas integrativas, incluindo a acupuntura. Esse interesse inicial obteve reforço no movimento de contracultura, com tendências naturistas e antitecnológicas, e foi adotado principalmente por jovens intelectuais e socioeconomicamente favorecidos. Porém, obteve simpatia de parcela da população representada em todas as classes, pois tem “pontos de contato com a tradição popular, que atribui significativa importância a aspectos espirituais na determinação do adoecimento e tem grande apreço pelos recursos naturais de cura” (NASCIMENTO, 1998, p. 100).

Em 1977, na ocasião da elaboração da Classificação Brasileira de Ocupações, por meio de convênio formado pelo Ministério do Trabalho, Organização Internacional do Trabalho e UNESCO, a acupuntura já figurava enquanto ocupação (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1997-2007). A publicação da OMS, de 1979 (WHO, 1979), reforça o aumento do interesse pela acupuntura. Contrariando essa tendência, o Conselho Federal de Medicina inicialmente rejeita a acupuntura como atividade médica por meio da resolução CFM 467/72 (CFM, 1972) e só vem a reconhecê-la como especialidade médica no ano de 1995 (CFM, 1995).

1.4. ACUPUNTURA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No final da década de 1970 e década de 80 cresce o número de acupunturistas e cresce também o interesse da população por esse tratamento. Espalham-se os consultórios particulares. Não havia nenhum programa público que incluísse a acupuntura ou mesmo qualquer tipo de regulação dessa atividade.

A discussão sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (incluindo a acupuntura) no sistema público dá-se desde antes da criação do SUS, com ampla participação da população. “As demandas de regulamentação no Brasil das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) estão presentes desde a criação do SUS, em 1988, por meio das demandas da sociedade – colocadas em inúmeras Conferências Nacionais de Saúde –, que solicitava a inclusão de práticas não tradicionais, como a acupuntura, a homeopatia e a fitoterapia, no SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 65).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que foi pautada pela reforma sanitária no país, pode ser considerada um marco na introdução dessas práticas. Em seu relatório final, sugeria a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (Ministério da Saúde, 1986, p. 10-11).

Em 1988, o governo federal, por meio da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), formada pelos Ministérios da Saúde e Previdência Social, Trabalho e Educação, assinou em 3 de março a Resolução nº 5/88, que fixou normas e diretrizes para a implantação dos atendimentos em acupuntura nos serviços públicos de assistência, definindo que o atendimento deveria ser feito exclusivamente por médicos. É o nascimento da acupuntura dentro dos sistemas públicos de saúde (CIPLAN, 1988).

Em 2004 o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, visando conhecer as experiências com as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, realizou um diagnóstico dos 5560 municípios, sendo que 1342 responderam a um questionário, e em 232 deles detectou-se a existência de alguma prática integrativa e/ou complementar inserida no sistema público de saúde, representando 26 estados e um total de dezenove capitais. Destas práticas, 34,9% eram representadas pela acupuntura. Sobre a presença de lei ou ato municipal normatizando as ações e serviços, apenas 6% (14) dos estados/municípios responderam positivamente. Com relação ainda às Práticas Complementares e Integrativas, segundo o relatório, elas ocorrem predominantemente na atenção básica e Programa de Saúde da Família, e não na atenção especializada ou em hospitais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 2006, em consonância com a OMS, o governo federal aprova a portaria 971, que cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Fruto de um trabalho iniciado em 2003, é um programa que, por um lado, divulga, estimula e financia a prática da acupuntura no Sistema Único de Saúde (SUS) e, por outro, cria polêmica a respeito da liberação de outros profissionais de saúde, além dos médicos, como farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e enfermeiros, para exercerem a acupuntura. As práticas terapêuticas contempladas na PNPIC são: Medicina Tradicional Chinesa (que inclui a acupuntura, nutrição e práticas corporais e meditativas), Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, e Termalismo. Entre os objetivos da PNPIC estão:

- incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

- contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

O registro e monitorização das consultas médicas em acupuntura foi possível a partir de 1999, quando foi criado no SUS, através da portaria do Ministério da Saúde nº 1230/99, um código específico 0701234-9 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Em 17 de novembro de 2006, foi aprovada e publicada a Portaria SAS Ministerial nº 853, que inclui, na Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de informações do SUS, o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (Código 068), o que possibilitou, além de visibilidade das práticas do SUS, o melhor monitoramento e avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b). Em função da necessidade de atualização da tabela, em 18 de março de 2008 é publicada a Portaria SAS Ministerial nº 154, que recompõe a Tabela de /Classificações do SCNES. Nesta mudança, o código 068 passa a ser o código 134 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Após a PNPIC, houve grande estímulo para os municípios desenvolverem as práticas integrativas. Dois anos após a aprovação da PNPIC, foi realizado outro diagnóstico sobre a situação das PIC nos municípios e verificou-se que 30,12% dos municípios já tinham normatização relacionada à inserção das PIC nas políticas públicas de saúde, o que representou um grande aumento, comparado com a mesma enquête realizada dois anos antes (6%). Ainda como consequência da PNPIC, houve grande aumento (o triplo) no número de estabelecimentos públicos que prestam serviço em PIC no Brasil (tabela 1).

Tabela 1. Número de estabelecimentos, por mês / ano e classificações do Serviço 134 – Práticas Integrativas e Complementares cadastradas. Brasil – mês março, anos 2008, 2009, 2010.

Tipo de serviço	Março 2008	Março 2009	Março 2010
01. Acupuntura	103	227	322
02. Fitoterapia	14	16	16
03. Outras técnicas da MTC	84	162	230
04. Práticas corporais e atividade física	264	687	1110
05. Homeopatia	43	67	75
06. Termalismo Crenoterapia	3	3	3
07. Medicina antroposófica	6	6	6
TOTAL	517	1168	1762

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

O **Gráfico 2** mostra a evolução no número de consultas médicas em acupuntura, de 2000 a 2010. Nota-se que, a partir de 2002, vem ocorrendo aumento progressivo do número de consultas, que se acentua entre 2006 e 2008, após a PNPIC e com os registros caindo a partir daquele ano. Essa queda está associada à mudança na maneira de registrar as sessões de acupuntura, separadas das consultas médicas em acupuntura, que entrou em vigor a partir de 2008.

Gráfico 2. Número de consultas médicas em acupuntura, por ano, no SUS, 2000 a 2010.

Fonte: DATASUS - Tabnet (2000 a 2007) / Tabwin (2008 a 2010).

1.5. O PAPEL E O SIGNIFICADO DAS PIC NA SAÚDE PÚBLICA.

Como vimos, nas últimas décadas, as PIC vêm ganhando espaço na rede pública de saúde, percebido principalmente através do crescente número de atendimentos, destacando aqui a acupuntura.

A Medicina Tradicional Chinesa bem como outros sistemas médicos complexos que compõem as PIC – como a homeopatia – representam uma racionalidade médica diversa da medicina convencional, ou ocidental. Segundo LUZ (2007), essas diferentes racionalidades médicas promoveram uma renovação na arte de curar, principalmente pelos seguintes aspectos:

- reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico;
- ressituação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica;
- busca de meios terapêuticos despojados tecnologicamente, menos caros e, ainda assim, com igual ou maior eficácia curativa nas situações mais gerais de adoecimento;
- construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente;
- afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não de Doença.

Como possível consequência dessas características, as PIC podem agir como uma ferramenta de atenuação do sofrimento dos doentes e facilitação do funcionamento do sistema público, com diminuição na procura por especialistas e procedimentos, além de redução no custo para o SUS.

No aspecto financeiro, um estudo realizado no município de Campinas (SP) sugeriu que, após a introdução da Cranioacupuntura de Yamamoto (técnica específica de acupuntura em que são aplicadas agulhas principalmente na região da cabeça) no SUS, houve uma redução de 12,5% no consumo de anti-inflamatórios (YOSHIZUMI, 2010). Espera-se que essa redução ocorra, de maneira variável, em todas as localidades onde há atendimento em acupuntura.

Além da redução de uso de medicamentos, TESSER (2010) indica as PIC como possível ferramenta para minimizar a “medicalização social”, o que significa não só reduzir a quantidade de medicamentos utilizados, mas também: número de consultas a especialistas, número de procedimentos invasivos e exames laboratoriais. Enfim, diminuir a dependência da população dos cuidados em saúde, ou seja, aumentar sua autonomia.

BARROS (2008) e TESSER (2010) defendem que, por meio das PIC, pode ocorrer redução das barreiras entre médicos e pacientes, impostas pelo grande aporte tecnológico vigente no modelo biomecânico da medicina convencional.

Com a ultraespecialização, os avanços tecnológicos, a precariedade das estruturas de atendimento e também por questões culturais, a atenção básica à saúde deixou de ter prestígio entre a população e também entre os profissionais da saúde, principalmente médicos. As PIC podem ajudar a resgatar esse prestígio, tão necessário e precioso para o sucesso do planejamento em saúde pública (BARROS, 2008).

1.6. UNIDADE DE MEDICINAS TRADICIONAIS (UMT)

Dentro da organização dos serviços de saúde do município de São Paulo, a acupuntura está inserida na área técnica de Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde (MTHPIS), que é composta, além do programa de acupuntura, por práticas corporais, meditativas e de atividade física, homeopatia, fitoterapia, alimentação saudável, medicina antroposófica e programa ambientes verdes e saudáveis (interface com MTHPIS).

Na rede de atendimento do município de São Paulo, existem atualmente 62 médicos acupunturistas (Ministério da Saúde, 2011), distribuídos em 29 unidades, entre unidades básicas de saúde, hospitais e ambulatorios de especialidades (PMSP). Estão

distribuídos da seguinte maneira, conforme a região: centro-oeste – cinco unidades; leste – duas unidades; norte – nove unidades; sudeste – oito unidades; sul – cinco unidades (PMSP), sendo que a maior parte está concentrada na rede de assistência básica.

No estado de São Paulo, em 2010, foram realizadas 174.792 consultas médicas em acupuntura (SIAB / Tabwin), o que representa 43,8% dos atendimentos realizados no país. O município de São Paulo concentra boa parte dos atendimentos do estado, com 100.098 (57,27%) consultas (SIAB / Tabwin).

Localizada na região central da cidade (próxima à praça da Sé e parque Dom Pedro), a UMT iniciou suas atividades em dezembro de 2004, a partir da iniciativa de servidores municipais de São Paulo (médicos e terapeutas), sob a coordenação do Dr. Norvan Martino Leite, oferecendo atendimento em medicina e Práticas Complementares e Integrativas em Saúde. A partir de 2006, após reforma do espaço, passou a atender com maior capacidade. As terapias oferecidas na unidade são: Medicina Tradicional Chinesa, com acupuntura, dietoterapia chinesa e práticas corporais (Lian Gong, Tai Chi Pai Lin, I Qi Gong, meditação); homeopatia; reflexologia; e ioga.

A UMT conta atualmente com uma equipe assistencial de seis médicos acupunturistas, um médico homeopata, cinco professores de práticas corporais – sendo duas psicólogas, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e um agente de apoio –, além de um médico coordenador. Todos os profissionais são efetivos da prefeitura, exceto uma psicóloga que é servidora estadual e está lotada na UMT. A carga horária é de acordo com a legislação municipal, sendo vinte horas para os médicos, trinta horas para enfermeiros e psicólogos, e quarenta horas para os demais. Entre os médicos, todos têm outra especialidade além da acupuntura: ortopedia, pediatria, gastroenterologia, oftalmologia, medicina do trabalho e infectologia.

Atualmente a Unidade tem capacidade para 1.200 atendimentos/mês, o que a torna uma das maiores unidades de atendimento em acupuntura do país.

O objetivo da unidade é fazer uma abordagem global ao paciente, compondo o tratamento entre as diversas modalidades terapêuticas de acordo com as necessidades individuais. Todos os pacientes que iniciam suas atividades na UMT são avaliados por meio de uma triagem realizada por médicos que, entre as diversas modalidades de tratamento oferecidas pela unidade, opta por uma ou mais delas, considerando as queixas, o tipo de acometimento, limitações e desejos dos pacientes¹. Ainda de acordo com as necessidades de cada paciente, o médico pode solicitar exames complementares e encaminhar para outros especialistas. O paciente então passa a frequentar a UMT regularmente, nas suas diversas modalidades de tratamento, podendo ser constantemente reavaliado pelos profissionais que compõem o quadro da unidade. A intenção é fornecer ao paciente um atendimento contínuo, respeitando sua individualidade e observando suas necessidades ao longo do tempo. Dessa maneira, a UMT atende aos objetivos propostos pela PNPIC no sentido de oferecer atenção em saúde continuada, humanizada e integral, melhorando a resolubilidade do atendimento.

1.7. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA NA UMT

Os pacientes atendidos na UMT são procedentes de todas as regiões da cidade e alguns de municípios vizinhos. Chegam por meio de encaminhamento de outras unidades da rede pública ou espontaneamente.

Não havia um levantamento do perfil desses pacientes. De modo geral, sabia-se que eram maiores de dezesseis anos, com doenças diversas, mas aparentemente com queixas álgicas em sua maioria.

¹ * Por exigência administrativa, recentemente o sistema de atendimento aos pacientes foi modificado, sendo abolida a triagem médica. Para realização de práticas corporais, os pacientes necessitam de encaminhamento médico (da UMT ou de outras unidades).

Entre os pacientes atendidos na UMT, existe uma pequena parcela de pacientes que são HIV positivos. Não havia informação sistematizada sobre esses pacientes, tampouco. Assim, consideramos importante traçar um perfil dos pacientes soropositivos para identificar quais são os aspectos que mais os desfavorecem em relação a sua qualidade de vida. Com isto, é possível entender melhor quais os motivos que os levam a buscar tratamento com acupuntura e oferecer melhor abordagem para esses casos.

1.8. ACUPUNTURA E PACIENTES HIV POSITIVOS

Até a década de 1990, os pacientes com AIDS tinham um futuro limitado e sombrio, em sua quase totalidade (CHEQUER et al., 1992). Os recursos terapêuticos eram escassos e pouco eficientes. A doença tinha uma evolução rapidamente progressiva e letal. Os pacientes que apresentavam a doença, caracterizada pela baixa imunidade e infecções por germes oportunistas, eram internados com poucas perspectivas, a não ser um fim menos doloroso, mais confortável. Com a introdução da Terapia Antirretroviral de Alta Eficácia (HAART) na década de 1990, a AIDS passou a ser uma doença controlável, aumentando a sobrevida dos indivíduos soropositivos, passando a se comportar, então, como doença crônica, com evolução mais lenta, e controle por meio de monitorização e tratamento intensos (PALELLA et al., 1998; MARINS et al., 2003).

A cronificação da doença levantou outras questões para esses pacientes. Por um lado, o controle da doença, pela supressão do vírus e consequente melhora do sistema imunológico, trouxe o sentimento de esperança e a possibilidade de uma vida digna. Por outro lado, o paciente passou a viver com todo o fardo que pode trazer uma doença crônica: emocionalmente surgiram a angústia e a incerteza sobre a progressão da doença, a efetividade do tratamento, o medo de recaídas e o receio dos efeitos adversos de medicamentos, o estigma que traz a doença, a mudança nas relações sociais, afetivas,

familiares e conjugais, a imagem e autoestima (SIEGEL e LEKAS, 2002). Com relação aos aspectos clínicos, os que mais afetam os pacientes soropositivos são os quadros de dor, distúrbios do trato gastrointestinal (náuseas, anorexia, diarreias), depressão, disfunção sexual, entre outros (DOUAIHY e SINGH, 2001), além da diminuição da capacidade de trabalho, doenças oportunistas e reações adversas às medicações. Todos esses fatores têm grande impacto negativo na qualidade de vida desses pacientes.

Os pacientes com doenças crônicas, inclusive os HIV positivos além de terem profunda modificação negativa na sua qualidade de vida, também tendem a onerar o sistema de saúde público quer seja pelo uso excessivo de medicação, quer seja pela grande demanda de atenção, na forma de consultas, exames diagnósticos, terapias e procedimentos com grau variável de complexidade ou pela diminuição da força de trabalho e produção (AZEVEDO et al., 2008; LEVY et al., 2010; SCHMIDT et al., 2011).

Muitos estudos associam portadores de doenças crônicas à elevada procura por tratamentos complementares à medicina convencional. CRONAN et al. (1989) e RAO et al. (1999) identificaram alta prevalência (90%) em pacientes portadores de artrite reumatoide. RICHARDSON et al. (2000) identificaram uso de terapias complementares e alternativas em 83% de pacientes oncológicos. O mesmo ocorre com os pacientes HIV positivos (SPARBER et al., 2000; STANDISH et al., 2001; BICA et al., 2003; LITTLEWOOD e VANABLE, 2008). Desde os primórdios da epidemia do HIV, o uso das PIC ocorreu principalmente em função dos poucos recursos terapêuticos na época e dos intensos efeitos adversos que aqueles medicamentos traziam. Porém, mesmo depois do grande desenvolvimento e disponibilidade dos antirretrovirais (ARV), e do uso em larga escala no mundo todo, com relativo controle da doença, dos sintomas e dos efeitos adversos, as PIC continuam tendo alta prevalência de uso, com taxas que vão de 50% até 90% entre pacientes soropositivos (SPARBER et al., 2000; HSIAO et al., 2003; BORMANN et al., 2009; HASAN et al. 2010). A participação da acupuntura entre as PIC nos diversos estudos varia de 1,2% (HASAN et al., 2010) a 45% (STANDISH et al., 2001).

A acupuntura tem sido amplamente utilizada para tratar diversas situações clínicas, destacadamente quadros álgicos, e distúrbios gastrointestinais, neurológicos e mentais. Nos últimos anos, tem aumentado o número de estudos com acupuntura de modo geral e também estudos de qualidade que envolvem acupuntura e pacientes soropositivos, que indicam que a acupuntura pode ser útil no tratamento de boa parte das condições que influem negativamente nos índices de qualidade de vida desses pacientes, principalmente com relação aos quadros de dor (SHIFLETT e SCHWARTZ, 2010), distúrbios gastrointestinais (CHANG e SOMMERS, 2011), distúrbios do sono (PHILLIPS e SKELTON, 2001) e até redução de mortalidade (SHIFLETT e SCHWARTZ, 2011). Em um estudo conduzido por NIGHTINGALE et al. (2011), observou-se que os pacientes que faziam uso de terapias complementares e alternativas estavam mais associados a carga viral indetectável do que aqueles que não faziam uso.

LITTLEWOOD e VANABLE (2008) identificaram, em seu estudo de revisão, algumas características sobre o uso de terapias complementares e alternativas por pacientes HIV positivos: o uso de terapias complementares e alternativas tem alta prevalência, a despeito de sua efetividade estar comprovada; está mais associado a pacientes com maior nível de escolaridade e mais recursos financeiros; o uso é maior em indivíduos com doença com maior duração, com mais sintomas ou com sintomas mais graves. O motivo para uso está associado com o alívio dos sintomas da doença e dos efeitos adversos do tratamento com ARV, e também com o alinhamento da visão de saúde que os pacientes têm com o tipo de abordagem das terapias alternativas e complementares.

Também entre os motivos da procura por terapias alternativas e complementares estão a insatisfação com a medicina convencional e experiências positivas anteriores com outras terapias (STANDISH et al., 2001).

Segundo BORMANN et al. (2009) e HSIAO et al. (2003), os pacientes HIV positivos que fazem uso de PIC estão mais associados a comportamentos de maior preocupação com a saúde, envolvimento com as decisões de seu tratamento e atitudes

salutares, como exercícios e dieta saudável. O uso de terapias complementares e alternativas, de modo geral, não é substitutivo ao tratamento convencional. HSIAO et al. (2003) constataram em seu estudo que 3% dos pacientes que fazem uso dessas terapias o fazem em substituição ao tratamento convencional.

Alguns autores estudaram a relação entre o uso de terapias complementares e alternativas e a aderência ao tratamento convencional com ARV. OWEN-SMITH et al. (2007) e JERNEWALL et al. (2005) associaram o uso de terapias complementares e alternativas a uma diminuição na aderência ao tratamento com ARV. Porém, nesses estudos, as práticas que estavam mais associadas à menor aderência eram a ingestão de suplementos e fitoterápicos.

No Brasil não temos conhecimento de estudos publicados sobre o uso de acupuntura (ou das PIC em geral) por pacientes HIV positivos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil dos pacientes atendidos na Unidade de Medicinas Tradicionais da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo e, em particular, dos pacientes HIV positivos atendidos para tratamento com acupuntura.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil demográfico e clínico de todos os pacientes atendidos na UMT;
- identificar a origem do encaminhamento desses pacientes à UMT;
- identificar as expectativas dos pacientes soropositivos em relação ao tratamento com acupuntura;
- identificar os aspectos que mais influenciam negativamente a qualidade de vida desses pacientes soropositivos.

3. MÉTODO

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo.

3.2. POPULAÇÃO ESTUDADA

A população de estudo foi constituída por todos os pacientes atendidos na UMT no período de 2006 a 2009.

3.3. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foram coletados dados demográficos e clínicos dos prontuários de todos os pacientes atendidos na unidade entre 2006 e 2009, e identificados os pacientes HIV positivos. Na segunda etapa, foram aplicados questionários aos pacientes HIV positivos (antes, durante ou após o término do tratamento com acupuntura) para coletar informações sobre motivos para procura e expectativas que têm ou tiveram em relação ao tratamento e sobre aspectos de qualidade de vida.

As informações coletadas dos prontuários referem-se ao momento de entrada do paciente na unidade, quando este passa por uma triagem médica. Os dados coletados foram: idade, sexo, área de residência, origem do encaminhamento à UMT, queixas, medicamentos em uso, doenças prévias e conduta.

Para levantar as expectativas dos pacientes soropositivos em relação ao tratamento, bem como detalhes das queixas e motivos que os levaram ao tratamento, foram usadas três questões abertas, desenvolvidas pelo pesquisador principal (Anexo 1) e aplicadas na forma de entrevista. Todas as respostas foram gravadas.

Para levantar informações sobre a qualidade de vida dos pacientes soropositivos, foi usado o questionário HAT-QoL (Anexo 2). Esse questionário foi desenvolvido para pacientes portadores do vírus HIV, com ou sem doença. Elaborado originalmente em inglês, foi traduzido e validado em diversos idiomas, inclusive para o português do Brasil (SOÁREZ et al., 2009). Nesse questionário, as questões referentes às dimensões da qualidade de vida foram elaboradas a partir de sugestões de pacientes soropositivos, garantindo a inclusão de aspectos relevantes e tornando o questionário específico para aqueles pacientes. Foi aplicado na forma de entrevista. O uso desse questionário é gratuito.

O HAT-QoL é composto por 34 itens, divididos em nove dimensões de qualidade de vida: função geral (seis itens), satisfação com a vida (quatro itens), preocupações com a saúde (quatro itens), preocupações financeiras (três itens), preocupações com a medicação (cinco itens), aceitação do HIV (dois itens), preocupações com o sigilo (cinco itens), confiança no profissional – médico, enfermeiro ou qualquer profissional de saúde que atenda o paciente – (três itens) e função sexual (dois itens).

3.4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados dos prontuários foram digitados em microcomputador usando o programa EpiData, versão 3.1.

O questionário com questões abertas foi codificado de acordo com categorias que foram estabelecidas após a leitura das transcrições das respostas gravadas.

Após verificação da consistência dos dados para identificar erros e ausência de registro tanto nos prontuários como no banco de dados digitado, foram realizadas análises descritivas por meio de distribuições de frequências, que são apresentadas na forma de tabelas e gráficos. O Teste Exato de Fisher e o Teste t foram usados para comparar variáveis categóricas e contínuas, respectivamente.

A análise dos dados foi realizada com o pacote estatístico Stata, versão 11.0.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi planejado de maneira que as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos contidas na Resolução nº 196 fossem rigorosamente obedecidas.

Os pesquisadores assinaram um Termo de Compromisso com a UMT que garantiu que os dados levantados dos prontuários dos pacientes somente fossem usados com finalidade de pesquisa, preservando assim a privacidade dos pacientes e a confidencialidade das informações (Anexo 3).

A aplicação dos questionários foi precedida de informação completa sobre o estudo para os pacientes. Os pacientes foram incluídos no estudo somente após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4). Foi assegurada aos participantes a possibilidade de recusa ou de desistência da pesquisa a qualquer momento, sem que isso causasse qualquer constrangimento ou prejuízo para o seu atendimento na UMT.

Os pesquisadores comprometeram-se a garantir a privacidade dos participantes do estudo e a confidencialidade dos dados levantados. Foram tomados alguns cuidados

para minimizar possíveis desconfortos e constrangimentos. As entrevistas foram realizadas de maneira que não chamasse atenção, em horário diferente daquele dos demais pacientes da unidade, em local reservado, onde o entrevistado não pudesse ser ouvido por outras pessoas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

4. RESULTADOS

4.1. POPULAÇÃO GERAL DA UMT

Foram incluídos no estudo 1960 pacientes que procuraram a Unidade de Medicinas Tradicionais entre 2006 e 2009, sendo 1594 (81,37%) mulheres. A distribuição etária está apresentada na tabela 2. As faixas etárias mais prevalentes eram de pacientes da quinta e sexta décadas de vida, com 24% em cada uma dessas faixas.

Dos 1960 prontuários avaliados, foi possível obter registro sobre o tipo de demanda em 1372 deles, sendo classificados em: demanda espontânea, profissionais de saúde e médicos. Foram considerados como demanda espontânea os pacientes que procuraram a UMT indicados por amigos, pacientes etc. Na categoria “profissionais de saúde” estão incluídos fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, agentes comunitários de saúde e também aqueles pacientes que têm registrado encaminhamento por um serviço de saúde (por exemplo, Unidade Básica de Saúde – UBS). Assim, desses 1372 pacientes, 1025 (74,1%) vieram por demanda espontânea, 301 (21,9%) por encaminhamento médico e 46 (3,3%) encaminhados por outros profissionais de saúde (ver tabela 3).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes da UMT de acordo com a faixa etária.

Faixa etária	N	%
<19 anos	21	1,1
19 - 30	115	5,9
30 - 40	182	9,4
40 - 50	296	15,3
50 - 60	465	24,0
60 - 70	465	24,0
>= 70 anos	393	20,3
TOTAL	1937	100,0

* informação de idade incompatível para 23 pacientes

Tabela 3. Distribuição dos pacientes da UMT por tipo de demanda.

Tipo de demanda	N	%
Espontânea	1025	74,7
Médica	301	21,9
Profissionais de saúde	46	3,4
TOTAL	1372	100,0

4.1.1. Queixas

Foram coletadas dos prontuários até seis queixas por paciente, contabilizando um total de 3937 queixas, que foram classificadas de acordo com os aparelhos e sistemas. Quando analisamos o número de pacientes para cada tipo de queixa (tabela 4), observamos que 1306 pacientes (67%) procuraram a UMT em função de queixas associadas ao sistema osteomuscular. São quadros de dores, como: lombalgias, cervicalgias, cervicobraquialgias, gonalgias, bursites, tendinites. Um total de 514 pacientes (26%) procurou o serviço por causa de transtornos mentais ou comportamentais, com maior prevalência de queixas de depressão e ansiedade, e uma menor parcela de psicoses. Queixas associadas ao sistema nervoso apareceram em 363 pacientes (19%) e destacamos que essa alta prevalência deve-se ao grande número de queixas de cefaleia e aquelas relacionadas aos distúrbios do sono (insônia).

Tabela 4. Distribuição dos pacientes de acordo com tipo de queixa.*

Tipo de queixa	N	%
Osteomusculares	1306	66,63
Transtornos mentais	514	26,22
Cardiocirculatório	47	2,40
Neurológicos	363	18,52
Endócrino-metabólico	74	3,78
Aparelho digestivo	73	3,72
Aparelho respiratórios	135	6,89
Neoplasias	4	0,20
Infeccioso	38	1,94
Pele e anexos	47	2,40
Olhos, ouvidos	52	2,65
Genitourinário	95	4,85
Gravidez	21	1,07
Gerais	52	2,65
Outros	32	1,63

* 45 indivíduos não tinham queixas e 14 indivíduos sem registro de queixas

4.1.2. Duração das Queixas

Das 3937 queixas registradas nos prontuários, havia o registro de duração em 1152 delas e foram distribuídas conforme a tabela 5. Para 55 (4,77%) das queixas, havia a informação de tempo prolongado (“há anos”, “muitos anos”), mas sem quantificação precisa. Foram calculados a mediana, valor máximo e mínimo para todas as queixas e para as queixas específicas do sistema osteomuscular, transtornos mentais e neurológicos, que foram as três queixas mais frequentes (tabela 6).

Tabela 5. Distribuição das queixas por duração, em meses.*

Duração da queixa (em meses)	N	%
< 1	34	3,10
1 - 6	149	13,58
6 - 12	105	9,57
12 - 24	176	16,04
24 - 60	292	26,62
60 - 120	154	14,04
120 e +	187	17,05
TOTAL	1097	100,00

* Excluídos 55 pacientes com queixas de duração inespecífica.

Tabela 6. Valor mínimo, mediana e valor máximo (em meses) da duração das queixas, por tipo de queixa.

Tipo de queixa	Valor mínimo	Mediana	Valor máximo
Todas as queixas	0,03	24	480
Osteomuscular	0,03	24	480
Transtornos mentais	1,00	24	408
Transtornos neurológicos	0,23	24	360

4.1.3. Comorbidades

Da mesma maneira que as queixas, as comorbidades foram classificadas conforme sistema ou aparelho. Foram coletadas até cinco comorbidades por paciente (tabela 7).

As comorbidades registradas mais frequentes foram aquelas relacionadas aos problemas de dor e alteração no sistema osteomuscular, como por exemplo: tendinites, bursites, problemas de coluna e artroses, com 640 (33%) pacientes. Os pacientes com comorbidades cardiocirculatórias (predominantemente hipertensão arterial) somaram 565 (29%) casos, e os com distúrbios endócrinos e metabólicos (principalmente diabetes) foram 350 (18%). Um total de 187 (10%) pacientes tinha como comorbidades os transtornos mentais.

Tabela 7. Distribuição dos pacientes de acordo com tipo de comorbidade.

Tipo de comorbidade	N	%
Osteomusculares	640	32,65
Transtornos mentais	187	9,54
Cardiocirculatório	565	28,83
Neurológicos	91	4,64
Endócrino-metabólico	350	17,86
Aparelho digestivo	74	3,78
Aparelho respiratório	95	4,85
Neoplasias	46	2,35
Infeccioso	66	3,37
Pele e anexos	14	0,71
Olhos, ouvidos	46	2,35
Genitourinário	63	3,21
Gravidez	2	0,10
Gerais	3	0,15
Outros	52	2,65
Alergia	11	0,56

* Não havia registro de comorbidades para 558 pacientes.

4.1.4. Medicamentos

Nos prontuários avaliados, havia registro de uso de medicamentos em 885 (45,2%) deles. Era possível registrar até seis medicamentos por prontuário.

A tabela 8 mostra a distribuição de pacientes por número de medicamentos que usava.

Dos pacientes que tomavam medicamento, 399 (20,4%) eram para tratamento de hipertensão arterial (HAS); 212 (10,8%), para dor; 124 (6,3%), para depressão; 88 (4,5%), para ansiedade; e 83 (4,2%), para diabetes mellitus (tabela 9).

Tabela 8. Distribuição dos pacientes por quantidade de medicamentos usados.

Número de medicamentos	N	%
1	453	51,19
2	213	24,07
3	116	13,11
4	55	6,21
5	25	2,82
6	23	2,60
TOTAL	885	100,00

Tabela 9. Distribuição dos pacientes que usam medicamento, por tipo de indicação do medicamento.

Indicação	N	%
Dor	212	10,82
Hipertensão	399	20,36
Depressão	124	6,33
Diabetes	83	4,23
Ansiedade	88	4,49
Climatério	11	0,56
Asma/DPOC	12	0,61
Arritmia	8	0,41
Alergia	7	0,36
Artrite	9	0,46
Artrose	8	0,41
Dislipidemia	71	3,62
Dispepsia/úlcera	68	3,47
Doença vascular periférica	6	0,31
Epilepsia	15	0,77
Hipotireoidismo	77	3,93
HIV	34	1,73
Osteoporose	35	1,79
Insuficiência coronariana	62	3,16
Outros	109	5,56
Não identificados	15	0,77

4.2. PACIENTES HIV POSITIVOS

4.2.1. Avaliação dos prontuários.

Pela análise dos 1960 prontuários, 57 pacientes foram identificados como sendo HIV positivos. Destes, 41 (71,9%) eram homens (Tabela 10), com mediana de idade de 48,43 anos. Foi calculada a proporção de pacientes pelo tipo de demanda, sendo que havia registro de demanda para apenas 42 dos 57 pacientes. Um total de 27 (64,3%) pacientes soropositivos procurou atendimento indicado por outros pacientes e/ou amigos; 7 (16,7%), por médicos; e 8 (19%), por outros profissionais de saúde (tabela 12). Das 141 queixas descritas, 22,0% eram algicas, 21,3% eram queixas mentais e 16,3% eram queixas neurológicas.

4.2.2. Questões Abertas

Dos 57 pacientes identificados pelos prontuários, foi possível contatar e entrevistar vinte. Três pacientes foram contatados, porém não foi possível realizar as entrevistas por razões externas (imprevistos na vida dos pacientes) e término do prazo programado. Dos pacientes contatados, nenhum recusou realizar a entrevista.

Comparamos, por meio dos dados obtidos dos prontuários, os pacientes HIV positivos entrevistados ($N = 20$) com aqueles não entrevistados ($N = 37$) em relação a: idade, sexo, tipo de demanda e tipo de queixa. Não foram encontradas diferenças significantes entre os dois grupos (tabelas: 10, 11, 12, 13).

Tabela 10. Distribuição dos pacientes HIV positivos entrevistados e não entrevistados de acordo com sexo.

Sexo	Entrevistados		Não entrevistados		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	13	65.0	28	75.7	41	71.9
Feminino	7	35.0	9	24.3	16	28.1
TOTAL	20	100.0	37	100.0	57	100.0

Fonte: Prontuários da UMT.
p = 0,538

Tabela 11. Valor mínimo, valor máximo e medidas de tendência central da idade (em anos) dos pacientes HIV positivos entrevistados e não entrevistados.

Medidas	Idade (em anos)	
	Entrevistados	Não entrevistados
Valor mínimo	31,56	28,54
Mediana	47,15	51,63
Valor máximo	79,50	84,62
Média	48,77	50,62

Fonte: Prontuários da UMT.
p = 0,5732

Tabela 12. Distribuição dos pacientes HIV positivos entrevistados e não entrevistados, de acordo com tipo de demanda.*

Demanda	Entrevistados		Não entrevistados		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Espontâneo	11	55.0	16	72.7	27	64.3
Médico	5	25.0	2	9.1	7	16.7
Outros profissionais	4	20.0	4	18.2	8	19.0
TOTAL	20	100.0	22	100.0	42	100.0

Fonte: Prontuários da UMT.
p = 0,331

* Não havia o registro de demanda em quinze pacientes HIV positivos não entrevistados.

Tabela 13. Distribuição dos pacientes HIV positivos entrevistados e não entrevistados por tipo de queixa.*

Tipo de queixa	Não entrevistados		Entrevistados		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Osteomuscular	24	27,3	7	13,2	31	22,0
Queixas mentais	20	22,7	10	18,9	30	21,3
Neurológicos	12	13,6	11	20,7	23	16,3
Endócrino	1	1,1	0	0	1	0,7
Digestivo	1	1,1	2	3,8	3	2,1
Respiratório	6	6,8	5	9,4	11	7,8
Infecciosos	17	19,3	15	28,3	32	22,7
Pele e anexos	1	1,1	0	0	1	0,7
Olhos e ouvidos	2	2,3	1	1,9	3	2,1
Geniturinário	4	4,5	1	1,9	5	3,5
Gerais	0	0	1	1,9	1	0,7
TOTAL	88	100,0	53	100,0	141	100,0

Fonte: Prontuários da UMT.

p = 0,314

Por meio das respostas obtidas nas questões abertas (entrevistas), foi possível identificar e categorizar de maneira mais detalhada as queixas e alguns dos motivos que levaram os pacientes soropositivos a procurar tratamento com acupuntura (tabela 14), bem como suas expectativas com relação ao tratamento. Também foi possível obter informação mais precisa sobre a origem do encaminhamento e se já haviam feito tratamento com acupuntura anteriormente.

Tabela 14. Distribuição dos pacientes HIV positivos pelo tipo de motivo que levou ao tratamento.¹

Motivos	N	(%)
Dor	13	65
Aspectos mentais	12	60
Melhorar imunidade/HIV	6	30
Problemas neurológicos	4	20
Tratar efeitos adversos ARV	4	20
Curiosidade	3	15
Simpatizante das PIC	5	25
Melhorar estado geral/QDV	7	35

Fonte: Entrevistas.

1 Os pacientes podiam relatar mais de um motivo.

Considerando as entrevistas, as principais queixas que levaram esses pacientes HIV positivos a procurar tratamento com acupuntura foram: dor (65%) e transtornos mentais (60%). Nesse grupo, os quadros de dor eram diversificados:

Paciente 1:

“O motivo foi a coluna. Para tratar da coluna. Dor.”

Paciente 2:

“O motivo... Dores nas juntas. Muitas dores nas articulações, né? E eu chorava muito...”

Paciente 6:

“Uma dor. Dores musculares que há anos eu sentia, e eu ‘tava’ viciada em Dorflex.”

Paciente 16:

“Quem orientou ‘pra’ mim [*sic*] vir foi minha infectologista, a L., porque eu tinha artrose.”

Paciente 17:

“... dores que eu tenho por causa da própria medicação que dá [sic]. Por causa dos efeitos colaterais.”

Paciente 18:

“‘Tava’ sentindo muitas dores na região pélvica, que se estendia ‘pra’ perna direita. Esse foi um dos motivos que fez [sic] eu vim [sic] procurar a acupuntura.”

Paciente 20:

“Muitas dores eu sentia. Tenho artrose nos dois joelhos. Tenho problema aqui nos braços também. (...) Eu ‘tava’ sentindo muita dor na coluna...”

Com relação aos aspectos mentais, as queixas apresentadas foram depressão e ansiedade.

Paciente 2:

“Não, assim, depressão, mas eu chorava muito, muito, muito.”

Paciente 4:

“É que eu ‘tava’ tomando Stocrin, né? Stocrin dá depressão e... é mais ou menos isso.”

Paciente 9:

“Eu fiquei com depressão (...). Aí eles falaram que era preciso fazer mais uma coisa junto, um tratamento com acupuntura ‘pra’ tirar essa ansiedade minha.”

Paciente 17:

“Bom, eu vim à procura de um paliativo de calmante, por causa da obesidade, de dores, ansiedade, sistema nervoso, porque eu sou soropositiva...”

É importante notar que as informações obtidas por meio das entrevistas, destacadamente as queixas e a demanda, foram mais completas quando comparadas às informações obtidas somente através dos prontuários. Possivelmente, se os 57 pacientes soropositivos tivessem sido entrevistados, teríamos maior riqueza de informação.

Entre os aspectos que motivaram os pacientes entrevistados a procurar o serviço, a busca por uma melhora no estado geral e na qualidade de vida apareceu em sete casos (35%) e melhora da imunidade apareceu em seis deles (30%). Nenhum dos entrevistados atribuiu à acupuntura a possibilidade de curar o HIV.

Paciente 7:

“Motivos... É, questão imunológica, né? Eu ‘tava’ com a questão imunológica baixa, viremia alta do HIV, né, e também a questão de dores. Muitas dores. Eu estava muito debilitado (...) além de magro, com plaquetas baixas (...) anemia alta, fraqueza, moleza no corpo, insônia (...). Um monte de fatores aglomerados.”

Paciente 12:

“Na época foi também pelo HIV e por uma coisa que eu sempre busquei, que foi estar bem psicologicamente, e através da acupuntura eu fiquei sabendo que a gente poderia estar adquirindo essa, como se diz, essa melhora.” Paciente 15:

“Melhora do meu bem-estar de uma forma geral...”

Com relação à origem do encaminhamento, os amigos (especificamente outros pacientes soropositivos) foram responsáveis por metade dos encaminhamentos e, em dois casos, para os quais o encaminhamento foi feito por profissional da saúde, os entrevistados deixaram claro que o papel dos amigos na indicação da acupuntura foi fundamental (tabela 15).

Paciente 5:

“Um amigo meu indicou (...) e como ele fazia tempo aqui, aí ele resolveu me indicar. Aí eu vim por isso. Indicação de um amigo meu.”

Paciente 12:

“Ah sim, o médico onde eu me trato lá no posto, lá no CRT Santo Amaro, falou para um outro paciente da acupuntura e aí ele falou que estava tendo vaga, aí eu me interessei e vim procurar.”

Tabela 15. Distribuição dos pacientes HIV positivos por tipo de demanda.

Tipo de demanda	N	%
Amigos	10	50
Profissional de saúde	8	40
Profissional + amigos	2	10
TOTAL	20	100

Fonte: Entrevistas.

Dos pacientes entrevistados, oito deles (40%) já haviam feito tratamento com acupuntura e alguns haviam enfrentado dificuldades por questões financeiras ou por falta de regularidade e vagas no sistema público.

Paciente 9:

“... sempre é [*sic*] só dez sessões, ou até menos, às vezes é [*sic*] só cinco. Não fica uma coisa prolongada ‘pra’ você fazer um tratamento. Eu acho que tem que fazer um tratamento ‘pra’ pessoa realmente ter uma boa melhora. Entendeu? (...) mas é que é difícil você achar vaga em posto de saúde! Convênio só libera dez sessões por ano!” (*risos*)

Paciente 19:

“Na real, não havia uma regularidade nas sessões. Era assim, de acordo com a disponibilidade do profissional da época, tinha [*sic*] uma demanda muito grande e não tinha [*sic*] muitos profissionais. Então era feito em grupos e era meio assim, esperava a disponibilidade daquele profissional e nem sempre era possível fazer.”

Para cinco pacientes (25%), um dos motivos que os levaram ao tratamento com acupuntura foi simpatia por tratamentos alternativos.

Paciente 15:

“... e eu li a respeito e me falaram que a nossa medicina ocidental ainda ‘tá’ muito caminhando, que seria muito melhor se juntar com a medicina oriental, que você vai ter um resultado muito melhor.”

Quando questionados sobre as expectativas em relação ao tratamento com acupuntura, os pacientes soropositivos forneceram respostas que se misturavam com a impressão sobre o tratamento. Indagando: “O que você espera do tratamento com acupuntura?”, obtivemos as seguintes respostas:

Paciente 1:

“Espero melhora. Melhora das dores.”

O paciente 1 esperava da acupuntura somente o alívio de suas queixas.

Paciente 7:

“Amenizar as dores, aumentar o sistema imunológico. A princípio seria isso, eu acho. A questão das dores no corpo, o sistema imunológico e acompanhar a questão do funcionamento dos órgãos internos do corpo, né? Como rim, fígado, pâncreas, baço e todos os outros.”

Paciente 8:

“... [esperava melhorar] em todos os aspectos, assim, em termos de, sei lá, disposição, qualidade de vida, enfim, uma série de fatores.”

Paciente 10:

“Espero que melhore cada vez mais o meu dia a dia, como eu levo a minha vida. Seria isso.”

Paciente 12:

“Psicologicamente. Como eu falei, sempre eu me preocupo em estar bem psicologicamente, porque você estando bem nessa parte, o resto pode, o resto melhora.”

Paciente 15:

“... uma melhora na qualidade de vida, um sono mais tranquilo, melhora na ansiedade. E outros fatores, melhora na alimentação, uma série de coisas que melhoram muito.”

Os pacientes 7, 8, 10, 12 e 15 tinham uma expectativa mais ampla. Além da melhora de queixas específicas, queriam melhorar a saúde como um todo, a qualidade de vida, o bem-estar.

Paciente 2:

“Eu quero melhorar mais ainda. Eu já me sinto bem. Eu quero mais ainda, você entendeu? Eu quero continuar, né? (...) do jeito que eu ‘tô’, com bom humor. Eu não sorria, agora qualquer coisa ‘tô’ rindo... entendeu? E eu acho assim, eu não tenho mais dor.”

Paciente 3:

“Ah, eu ‘tô’ tendo excelente melhora (...). E eu ‘tô’ pondo muita fé. Quando eu comecei a fazer acupuntura com o senhor, melhorou bastante.”

Paciente 5:

“Eu esperava melhorar a minha perna. A voz, graças a Deus, está bem melhor. Eu senti que melhorou bastante a voz, mas a perna não. A perna continua.”

Alguns pacientes, como, por exemplo, os pacientes 2, 3 e 5, relataram não as expectativas, mas o resultado do tratamento com acupuntura. Apesar de não terem sido questionados sobre a eficiência do tratamento, todos os vinte pacientes relataram melhora com o tratamento com acupuntura.

4.2.3. Questionário HAT-QoL

Em face do pequeno número de entrevistados, após análise dos escores obtidos nos questionários de qualidade de vida HAT-QoL, foram calculadas a mediana, o valor mínimo e máximo, conforme a tabela 16.

De modo geral, os pacientes tiveram boa pontuação nas diversas dimensões do HAT-QoL (a maioria com mediana acima de 75,00), e muitos deles com pontuação máxima em mais de uma dimensão (ver tabela 16).

Entre as dimensões do HAT-QoL, a mais afetada foi aquela relacionada à preocupação em revelar a doença (mediana de 57,50), seguida de preocupações financeiras (mediana de 58,33) e função sexual (62,50). As com melhores escores foram: aceitação do HIV (mediana de 100,00), confiança no profissional (mediana de 91,67) e preocupações com medicamentos (mediana de 85,00).

Tabela 16. Valor mínimo, mediana e valor máximo dos escores, por dimensão do HAT-QoL.

Dimensão	Valor mínimo	Mediana	Valor máximo
Preocupação em revelar a doença	10,00	57,50	100,00
Preocupações financeiras	8,33	58,33	100,00
Função sexual	0	62,50	100,00
Satisfação com a vida	18,75	78,13	100,00
Função geral	16,67	79,17	100,00
Preocupações com a saúde	37,50	81,25	100,00
Preocupações com medicamentos	40,00	85,00	100,00
Confiança no profissional	16,67	91,67	100,00
Aceitação do HIV	37,50	100,00	100,00

As dimensões que apresentaram os piores valores mínimos foram função sexual (zero) e preocupações financeiras (8,33). Todas as dimensões tiveram valores máximos de 100,00, o que significa que, em cada domínio, pelo menos um dos pacientes atingiu o valor máximo.

A tabela 17 mostra as pontuações obtidas pelos pacientes, em cada uma das dimensões do HAT-QoL.

Tabela 17. Pontuação em cada dimensão do HAT-QoL, por paciente.

Paciente	Dimensões do HAT-QoL				
	Funger	Savi	Presa	Prefi	Preme
1	58,33	62,50	81,25	41,67	85,00
2	75,00	81,25	56,25	8,33	80,00
3	87,50	100,00	93,75	66,67	85,00
4	79,17	93,75	81,25	91,67	90,00
5	83,33	100,00	93,75	83,33	95,00
6	75,00	43,75	100,00	33,33	85,00
7	79,17	43,75	100,00	91,67	100,00
8	54,17	43,75	81,25	50,00	70,00
9	91,67	75,00	37,50	33,33	65,00
10	83,33	87,50	87,50	100,00	N/A
11	54,17	62,50	68,75	50,00	45,00
12	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
13	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
14	87,50	87,50	81,25	83,33	80,00
15	100,00	93,75	81,25	83,33	100,00
16	95,83	81,25	100,00	50,00	90,00
17	50,00	18,75	68,75	8,33	80,00
18	16,67	37,50	56,25	16,67	55,00
19	79,17	43,75	87,50	66,67	80,00
20	54,17	31,25	43,75	25,00	40,00

N/A: não se aplica, paciente não tomava medicamento.

funger – função geral; savi – satisfação com a vida; presa – preocupação com a saúde; prefí – preocupação financeira; preme – preocupação com medicamentos; acehiv – aceitação do HIV; diswo – preocupação em revelar a doença; conpro – confiança no profissional; fusex – função sexual.

5. DISCUSSÃO

Entre os pacientes atendidos no período de 2006-2009 na UMT, houve preponderância do sexo feminino (81%), sendo que, no grupo dos pacientes HIV positivos, a maioria (71,9%) era do sexo masculino. Essa inversão pode ser justificada pelo fato de o uso das PIC na população geral ser maior entre as mulheres. YOSHIZUMI (2010) encontrou, em seu estudo realizado em ambulatório de acupuntura em São Paulo com 314 pacientes, uma proporção de 74% de mulheres. BARNES e BLOOM (2008) observaram na população norte-americana que as mulheres estão mais associadas ao uso de PIC em comparação com os homens (42,8% e 33,5%, respectivamente). Por outro lado, entre os pacientes HIV positivos, a proporção de indivíduos do sexo masculino entre os infectados é maior, considerando que desde o início da epidemia a taxa de incidência entre os homens é maior (PMSP, 2010).

A principal queixa apresentada pelos pacientes da UMT foi dor (67%). Em um estudo realizado em um serviço de acupuntura em Mato Grosso, PEREIRA (2010) encontrou resultado semelhante entre os participantes, com uma prevalência de 67% de pacientes com queixas álgicas. YOSHIZUMI (2010) observou em seu estudo que 51% dos pacientes procuraram atendimento em acupuntura em função da dor. BARNES e BLOOM (2008) observaram que nos EUA a dor é a queixa mais frequente que leva à procura por tratamentos integrativos e complementares. Historicamente, a acupuntura ganhou fama e espaço justamente por causa do tratamento de dores, sobretudo nos casos crônicos, em que os medicamentos têm pouco efeito ou efeito temporário. Provavelmente, a maior parte das indicações de outros especialistas para a acupuntura é devida a quadros de dor crônica, de difícil manejo. CRONAN et al. (1989) e RAO et al. (1999) relataram que os pacientes com dores crônicas, devido à artrite reumatoide, tinham alta prevalência de uso de PIC, inclusive a acupuntura.

O mesmo ocorreu com os pacientes HIV positivos entrevistados, para os quais a dor esteve presente entre as queixas em 60% (13) dos casos.

A segunda queixa mais prevalente foi aquela relativa aos transtornos mentais e comportamentais, presentes em 26% dos pacientes triados na unidade. Essas queixas dividem-se principalmente em: depressão, ansiedade e uso de drogas.

Os transtornos mentais são de difícil tratamento, e frequentemente as medicações usadas podem ter efeitos adversos importantes. Tratamentos como a acupuntura, homeopatia, meditação e práticas corporais podem ser uma tentativa de lidar com essas condições clínicas. No estudo de PEREIRA (2010), houve grande prevalência de pacientes (33%) com queixas ligadas ao uso de drogas. Na população norte-americana, a segunda maior causa de procura por PIC (depois de dor) foram queixas mentais (BARNES e BLOOM, 2008).

Entre os pacientes soropositivos entrevistados, os transtornos mentais estiveram presentes em 60% dos casos, sendo que a depressão e a ansiedade cobrem a totalidade dos casos. Estudos mostram que transtornos mentais e comportamentais são frequentes em pacientes soropositivos. RIVERO-MENDEZ et al. (2009) encontraram, em seu estudo com homens e mulheres soropositivos, que 81.8% dos pacientes tinham dores musculares e 77.2% tinham depressão. Em um estudo multicêntrico com 1210 pacientes soropositivos, ELLER et al. (2010) encontraram sintomas de depressão em 54% deles. Entre os pacientes HIV positivos, a prevalência de quadros de depressão é maior que na população em geral e está associado a uma progressão mais rápida da doença e maior mortalidade (FULK et al., 2004, e ELLER et al., 2010).

Os quadros depressivos podem decorrer de diversos fatores como: estigma, autoimagem, disfunção sexual, uso de medicamentos, capacidade laboral e problemas nas relações conjugais, familiares e sociais. Fatores esses que são característicos de doenças crônicas (SIEGEL e LEKAS, 2002). A importância do manejo adequado dos quadros de depressão está no fato de a depressão acarretar um grande impacto negativo na qualidade de vida desses pacientes (DOUAIHY et al., 2001).

Boa parte dos pacientes tinha algum tipo de comorbidade (71,5%), sendo 640 (32,6%) osteomusculares, 565 (28,9%) cardiocirculatórias e 350 (17,9%) endócrino-metabólicas. Nesse estudo, 68% dos pacientes tinham idade acima de cinquenta anos. É esperada nessas faixas etárias a presença de comorbidades, como hipertensão e diabetes. Também ficou evidente que os pacientes que procuraram tratamento na UMT já enfrentavam problemas osteomusculares de longa data, uma vez que 32% deles já tinham esse tipo de comorbidade, caracterizando o aspecto crônico dessas queixas.

Segundo LUZ (1998, 2007), os pacientes que procuram acupuntura na rede pública são pacientes crônicos, iatrogenizados e veem na acupuntura um último recurso para alívio de seus males (principalmente dores), mesmo que temporário. O aspecto crônico das queixas registradas neste estudo (duração das queixas com mediana = 24 meses) corrobora essa ideia. LUZ (2007) acrescenta ainda que nos consultórios particulares há maior compartilhamento de representações e significados da racionalidade médica entre médicos e pacientes nas representações sobre vitalidade, doença, cura, desarmonia, equilíbrio e desequilíbrio. Por isso, nos consultórios particulares, apesar de também haver pacientes crônicos, a atuação do profissional tende a ser mais preventiva, quando comparada ao serviço público.

No grupo de pacientes entrevistados, pudemos observar os dois tipos de situações:

Paciente 13:

“Então, ele falou: ‘Ah, eu faço acupuntura lá e tal. ‘Vamo’ lá. Eu vou te levar lá’. Aí eu peguei e vim, por curiosidade, né? Porque eu, na realidade, não tinha grandes problemas assim, nada. Mas, eu era um pouco agitado e tal. Então eu vim, eu fiz e me senti muito bem aqui (...). É, curiosidade nem tanto, porque, como eu já conhecia o Dr. J., ‘pra’ mim eu já sabia que era... Eu acredito em medicina alternativa, essas coisas. Eu sou adepto disso. Então ‘pra’ mim me fez bem, sabe? Me equilibrou. Não que eu fosse ruim, mas eu melhorei mais. Essa que é a verdade.”

Paciente 12:

“... por uma coisa que eu sempre busquei, que foi estar bem psicologicamente, e através da acupuntura eu fiquei sabendo que a gente poderia estar adquirindo essa, como se diz, essa melhora. E realmente, no tempo em que eu fiz acupuntura, eu me senti bem melhor.”

Esses pacientes não tinham queixas graves. Já eram simpatizantes da MTC e pode-se dizer que a procura pelo atendimento teve um caráter preventivo. Estes pacientes vieram por indicação de outros pacientes.

Paciente 6:

“Uma dor. Dores musculares que há anos eu sentia e eu ‘tava’ viciada em Dorflex. Dorflex não fazia mais efeito e também não adiantava, porque a dor era contínua. Então eu tinha uma dor aqui na lombar e eu fui no [sic] ortopedista. Ele disse que era lombalgia e talvez se eu fizesse acupuntura eu ia melhorar [sic] (...) Na verdade, assim, eu tentei vários tratamentos, né? Então eu fui em [sic] vários médicos e ninguém achava um remédio ou alguma coisa ‘pra’ melhorar. Daí eu segui um conselho de um médico aqui do posto aqui embaixo e ele falou: “ó, eu vou tentar acupuntura...”

O paciente 6 percorreu um longo caminho até chegar na acupuntura, que foi vista como último recurso. Em função do fato de ser um quadro de dor mais grave, e também por tempo prolongado, pode ter influído no tipo de demanda, ou seja, ter sido encaminhada por um médico.

É esperado que ocorra num perfil de pacientes com faixa etária elevada, com muitos antecedentes e queixas prolongadas, grande proporção de uso de medicamentos. Nesse estudo, registrou-se uso de medicamentos em 45,2% dos pacientes, o que parece baixo. Provavelmente, parte dos pacientes não teve seus medicamentos registrados em prontuário.

Sobre o tipo de demanda, são necessárias algumas considerações. Quando a UMT iniciou as atividades, os pacientes podiam se inscrever livremente tanto para acupuntura, como para as outras modalidades de tratamento. Porém, com o intuito de integrar a

UMT às outras unidades e profissionais da rede municipal, passou a ser necessário, para realizar tratamento na UMT, um encaminhamento médico ou de outro profissional de saúde. Como vimos, dos 1372 pacientes que tinham registro do tipo de demanda, 74,1% foram demanda espontânea; 21,9%, por médicos; e 3,3%, por outros profissionais. É possível que, se o encaminhamento não fosse obrigatório, o número de pacientes com demanda espontânea fosse ainda maior. Entre os pacientes soropositivos, 64,3% procurou tratamento com acupuntura por demanda espontânea, principalmente por indicação de outros pacientes soropositivos. Por meio das entrevistas, foi possível verificar que mesmo entre os que foram encaminhados por profissionais de saúde, os pacientes mais antigos tiveram papel importante na indicação, o que indica satisfação com o tratamento.

Segundo estudo de BELLOTO JR. et al. (2005), em clínica privada e pública de acupuntura, houve demanda espontânea e/ou de amigos em 68% dos pacientes. Os mesmos autores acreditam que o tempo de existência do serviço pode influir no tipo de demanda, em que serviços mais antigos se tornam mais conhecidos por médicos e recebem maior número de encaminhamentos. SILVA (1999) observou, em seu estudo realizado em um hospital-escola, que 71% dos pacientes atendidos em acupuntura tinham sido encaminhados por médico. No mesmo hospital, porém, oito anos antes essa proporção era de 30%. Portanto, à medida que o serviço foi se tornando conhecido, foi aumentando a proporção de pacientes com encaminhamento médico. Nesse mesmo estudo, o autor indagou dos 56 pacientes se eles indicariam o tratamento com acupuntura para um amigo. Ao final do estudo, 100% dos pacientes responderam que sim, o que reforça a demanda espontânea. No caso da UMT, um serviço relativamente recente, com início das atividades em 2005, o tempo de existência pode ser um fator relevante no tipo de demanda.

A UMT atende a população geral e não está ligada a nenhum centro especializado em doenças infecciosas. Foram incluídos no estudo 1960 pacientes, sendo que 57 deles foram identificados como HIV positivos. Não é um número alto, apesar de faltarem dados na literatura para comparação. Entre os motivos aventados para o baixo número

está o fato de haver pouco encaminhamento dos médicos infectologistas que, ao contrário de outros profissionais, como os ortopedistas, não estão acostumados a encaminhar pacientes para os serviços de acupuntura. A acupuntura ou as PIC em geral têm a institucionalização relativamente recente no SUS. Não são todos os especialistas ou mesmo clínicos gerais que estão habituados a encaminhar pacientes para a acupuntura. Outro fator que pode ter influído no tipo de demanda, principalmente com relação aos pacientes HIV positivos, é o fato de a UMT não estar ligada a nenhum centro especializado em doenças infecciosas. JERNEWALL et al. (2005) observaram em seu estudo que 44% dos pacientes HIV positivos faziam tratamento com acupuntura. A explicação para esse alto índice foi o fato de haver atendimento em acupuntura disponível na mesma instituição onde esses pacientes eram acompanhados por seus médicos convencionais. Provavelmente naquele serviço de acupuntura a proporção de pacientes soropositivos é maior do que a encontrada na UMT.

Os pacientes soropositivos, apesar de terem diversas comorbidades e queixas (como dor, por exemplo), muitas vezes têm essas condições clínicas manejadas pelos médicos infectologistas, que podem não estar acostumados a encaminhar pacientes para acupuntura e também podem não estar familiarizados com esse tipo de tratamento, conforme trecho transcrito de entrevista a seguir:

Paciente 9:

“Não, porque nenhum médico fala de acupuntura com respeito ao HIV. Tanto é que o infecto que me trata, ele odeia acupuntura (*risos*). Se eu falo ‘pra’ ele que eu vou fazer acupuntura, ele diz: “Pra’ quê? Se você não tomar seu remédio você vai morrer’. Ele só acha que a alopatia é que ajuda. Mas eu acho que existem outros meios. Você tem que procurar outras coisas ‘pra’ fazer, ‘pra’ melhorar a pessoa, porque se a pessoa estiver bem, eu acho que você vive mais, vive melhor.”

Neste caso, não só o médico infectologista não encaminhou como também aparentemente se posicionava contra a acupuntura ou, no mínimo, colocou-a em segundo plano.

Ainda existe resistência de alguns profissionais (principalmente médicos) diante de outras racionalidades que não o modelo biomédico (ou convencional). Historicamente, o diálogo entre as diversas racionalidades gera tensões, zonas de conflito, que ainda não foram totalmente resolvidas, mas estão em processo de evolução e tendem a atingir um momento de agregação, e não de segregação, uma vez que as PIC, como o próprio nome diz, são saberes que complementam e interagem com o modelo biomédico e não visam substituí-lo.

Neste contexto, BARROS (2008) descreve a trajetória da medicina, desde os primórdios até o momento atual, com o objetivo de desvendar o nascimento da medicina integrativa. Segundo o autor, até a década de 1970, o modelo hegemônico de pensar a saúde era a biomedicina, com os alicerces da biologia, da mecânica e do método cartesiano. A partir da década de 1970, avolumou-se um amplo movimento de crítica a esse modelo, não só no campo da saúde, mas na ciência como um todo, na economia e nas questões sociais e políticas. Esse movimento ficou conhecido como contracultura. No âmbito da contracultura, a saúde passou a ser encarada de uma nova forma, alternativa, a partir de outros ângulos, agregando elementos externos ao campo da saúde (como a arte, por exemplo) e também externos à própria cultura ocidental, abrigando conhecimentos/racionalidades médicas de outras culturas. Essa medicina alternativa, pautada nessas outras racionalidades e elementos novos opôs-se ao modelo biomédico e, portanto, gerou uma zona de conflito entre os modelos. No geral, os médicos eram biomédicos ou alternativos. Essa imagem ainda persiste para muitos profissionais. Ou seja, ou você adota a biomedicina, ou a medicina chamada de alternativa.

Mas, ainda segundo BARROS (2008), nos últimos anos vem se formando uma nova maneira de se pensar a saúde, que não exclui o modelo biomédico nem o alternativo ou, em outras palavras, que aceita racionalidades médicas distintas e é capaz de trabalhar com as qualidades de todas elas. Esse seria o modelo complementar ou a medicina integrativa. Neste modelo integrativo, não só as racionalidades coexistem, mas, por definição, há um estímulo à interdisciplinaridade.

Retornando ao relato da paciente 9, ficou evidente que a paciente, assim como outros entrevistados, compartilham a ideia de uma medicina ampliada, para além do modelo biomédico. Esse compartilhamento, conforme citado anteriormente, é um dos motivos que fazem as PIC ganharem espaço como arte terapêutica.

Dentro dessa perspectiva é que pensamos os nossos pacientes e como podem se beneficiar com o tipo de tratamento que a acupuntura pode oferecer associado ou não ao tratamento convencional (a depender do caso). Especificamente com relação aos pacientes HIV positivos, a associação da acupuntura com o tratamento convencional deve trazer benefício, quer seja imunológico, virológico ou no “viver melhor”, como relatou a paciente. Afinal, está claro que viver melhor significa ter melhor saúde.

Foi possível observar fatores que aumentaram a quantidade de pacientes HIV positivos que procuraram a UMT. Os pacientes soropositivos com frequência participam de organizações não governamentais (ONG) e centros comunitários onde trocam ideias e informações com outros pacientes. Por meio desses encontros regulares, muitos pacientes vieram indicados por outros pacientes. Além disso, boa parte dos médicos infectologistas que encaminharam pacientes soropositivos para tratamento com acupuntura, fizeram-no após terem sido estimulados, o que pode ter inflado o número de pacientes soropositivos na UMT.

Alguns pacientes entrevistados fizeram tratamento na UMT há dois ou três anos. Além de interferir na resposta das questões sobre o motivo de procurar tratamento e expectativas, pelo viés de lembrança, o tempo decorrido entre o tratamento e a entrevista dificulta também na comparação entre essas respostas e os resultados obtidos pelo questionário HAT-QoL, pois, neste último, o paciente responde pensando nas suas últimas quatro semanas até o presente. Apesar disso, e considerando essas dificuldades, analisando os resultados dos questionários HAT-QoL, e comparando com as entrevistas de cada participante, pudemos fazer algumas considerações.

Considerando o geral, as boas pontuações obtidas nas dimensões do HAT-QoL (quase todas as medianas acima de 60,00) mostram que os participantes têm qualidade de vida relativamente boa. Esse resultado pode ser consequência do fato de que quase todos os participantes têm diagnóstico e tratamento de longa data, o que pode refletir também nas dimensões aceitação do HIV (mediana de 100,00), confiança no profissional (91,67) e preocupação com os medicamentos (85,00).

Entre as dimensões do HAT-QoL, a mais afetada foi a relacionada à preocupação em revelar a doença (mediana de 57,50), seguida de preocupações financeiras (58,33) e função sexual (62,50). GALVÃO et al. (2004) obtiveram em seu estudo com 73 mulheres resultado semelhante, porém naquele estudo outra dimensão também prejudicada de maneira relevante foi “preocupações com a saúde”.

A doença (ou estado de portador) pelo HIV ainda é uma condição estigmatizada. A necessidade de manter a doença em sigilo é perceptível, tanto na prática e contato diários com esses pacientes, como identificado em outros estudos de qualidade de vida em soropositivos, como o de GALVÃO et al., 2004.

A baixa pontuação no item “preocupações financeiras” pode ser explicada pelo fato de a maior parte dos pacientes não terem emprego fixo e dependerem da aposentadoria (decorrente da doença) para sua subsistência.

Quando analisamos a dimensão função sexual com mais detalhes, vemos que as pacientes mulheres desse estudo tendem a ter pontuações menores que os homens. Se pegarmos os piores escores nesse item (menores ou iguais a 25,00), teremos seis mulheres e dois homens (75% de mulheres). Para escores iguais a zero, temos cinco mulheres e apenas um homem (80% de mulheres). Esses resultados são compatíveis com o estudo de ABASIUBONG et al. (2010), que encontrou piores resultados nas mulheres em diversas dimensões do HAT-QoL (inclusive função sexual) e GALVÃO et al. (2004), PEREIRA (2001) e GRIMBERG (2000) que relatam que, ao serem diag-

nosticadas com o HIV, as mulheres passam a ter conflitos e receios relacionados com a sexualidade.

Na dimensão função geral, a pior pontuação foi obtida pela paciente 18. Pela entrevista, a principal queixa era dor, que limitava muito suas atividades e humor, o que refletiu nos itens dessa dimensão. As queixas de dor estiveram presentes em 65% dos pacientes entrevistados. Como sintoma isolado, a dor pode influenciar negativamente várias dimensões (DOUAIHY e SINGH, 2001), como função geral, satisfação com a vida e preocupação com a saúde.

A presença de sintomas como dor e depressão, que foram os mais prevalentes nesse estudo, está associada a piores pontuações nas dimensões de qualidade de vida (DOUAIHY e SINGH, 2001).

O manejo adequado dos sintomas pode levar à melhor qualidade de vida. HUDSON et al. (2003) observaram em seu estudo com mulheres soropositivas que intervenções para o manejo dos sintomas naquela população estavam associadas à maior sensação de bem-estar e estimulavam os autocuidados.

A paciente 17 fez o seguinte relato:

“Não aceito essa minha situação, justamente porque, quando eu me olho no espelho, eu me acho um verdadeiro monstro. Meu corpo foi totalmente deformado por causa da lipodistrofia. A minha vida, eu diria que foi um pouco mutilada, porque eu não me aceito com a estrutura do meu corpo ter ficado tão feio...”

Quando perguntada das expectativas em relação à acupuntura:

“Pra’ me dar um pouco de tranquilidade e serenidade...”

Embora a paciente tenha uma questão profunda em relação ao corpo, que pode ter influenciado negativamente nas pontuações das dimensões satisfação com a vida (18,75) e

função sexual (zero), ela esperava do tratamento com a acupuntura não uma correção para essas questões, mas sim uma melhor maneira de lidar com elas.

O impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes soropositivos ocorre por consequência de diversos fatores. Presença de sintomas e comorbidades, aspectos financeiros e sociais, somados aos seus anseios e frustrações, que se inter-relacionam formando uma rede complexa que representa e diferencia cada indivíduo. É nesse aspecto individual que a acupuntura e outras práticas integrativas e complementares em saúde, por meio de uma racionalidade médica diferente da medicina convencional e associada a ela, podem beneficiar estes indivíduos.

Entre os 57 pacientes HIV positivos identificados pelos prontuários, só foi possível entrevistar vinte. Pela análise das variáveis: sexo, idade, tipo de demanda e tipo de queixa, não houve diferença significativa entre os pacientes soropositivos entrevistados e os que não foram entrevistados, sugerindo que a amostra dos pacientes entrevistados pode ser representativa de todos os pacientes soropositivos atendidos na UMT.

Grande parte dos dados deste estudo foi obtida por meio de avaliação de prontuários. A qualidade do registro pode depender de muitos fatores, entre eles, a falta de registro e a falha na precisão dos registros.

Muitas das variáveis estudadas tiveram grande proporção de dados não registrados. Com relação ao uso de medicamentos, só havia registro em 45,2% dos prontuários, número que pode ser considerado baixo, levando-se em conta o número, tipo e duração das queixas, bem como a quantidade de comorbidades registradas. Somando todas as queixas de todos os pacientes, foram registradas 3937 queixas. Destas, havia registro de duração somente em 1152 (29,2%). Não havia registro de comorbidades para 558 pacientes. É difícil avaliar se houve sub-registro ou se, de fato, esses pacientes não tinham comorbidades.

Uma maneira de melhorar esses registros seria a elaboração de ficha de atendimento mais clara e detalhada, além de conscientização e cobrança dos profissionais para um preenchimento mais claro e completo.

6. CONCLUSÕES

Sobre a população geral da UMT observamos que é predominantemente feminina, maior de cinquenta anos, com queixas crônicas, principalmente relacionadas a dor e queixas mentais (depressão e ansiedade) e procuraram a Unidade espontaneamente.

No grupo de pacientes soropositivos, a maioria era do sexo masculino, entre 35 e 60 anos e também procuraram tratamento espontaneamente.

Apesar da pequena amostra de pacientes soropositivos entrevistados neste estudo, com baixo poder estatístico e impossibilidade de generalização, foi representativa em relação a todos os pacientes HIV positivos da UMT. Foi possível reconhecer os motivos que os levam a procurar tratamento com acupuntura. Neste grupo de pacientes, os principais motivos foram: dor, queixas mentais e neurológicas.

Com relação às expectativas, os pacientes HIV positivos, na maior parte dos casos, queriam melhorar queixas específicas, como dor, insônia, depressão, e, em outros casos, esperavam uma melhora na qualidade de vida, da imunidade e bem-estar.

De modo geral, os pacientes soropositivos entrevistados tiveram bons escores nas dimensões do HAT-QoL. Entretanto, as dimensões afetadas negativamente de maneira mais significativa foram “função sexual” e “preocupações em revelar a doença”.

As queixas principais dos pacientes soropositivos (dor e transtornos mentais) coincidem com os relatos da literatura. Coincidem também com as queixas apresentadas pela população geral da UMT.

O tipo de demanda dos pacientes soropositivos (encaminhado por médico, outro profissional de saúde ou por pacientes) parece ter relação com o tipo e a gravidade das

queixas, sendo que os pacientes que procuraram acupuntura espontaneamente neste estudo, identificam-se mais com a racionalidade médica da MTC e tinham queixas menos graves, ao passo que os encaminhados por médicos, tinham queixas mais intensas e já tinham passado por outros profissionais pela mesma queixa. Metade dos pacientes soropositivos procurou o serviço por demanda espontânea.

As principais queixas apresentadas pelos pacientes HIV positivos neste estudo (dor e depressão) foram sanadas ou amenizadas pela acupuntura, levando a uma melhora na qualidade de vida. Seriam necessários novos estudos, com desenho diferente e maior quantidade de participantes, para primeiramente entender melhor o universo desses pacientes e, posteriormente, estabelecer a relação entre o tratamento com acupuntura e a melhoria das diversas dimensões de qualidade de vida.

O aumento da oferta de acupuntura na rede pública, causado tanto por estímulo social quanto pelas políticas públicas, é um fator essencial para o surgimento de novos questionamentos sobre como melhor integrar as diversas racionalidades médicas e também possibilitará a realização de novos estudos.

7. REFERÊNCIAS

Azevedo ABC, Ferraz MB, Cicconelli RM. Indirect Costs of Rheumatoid Arthritis in Brazil. *Value Health*. 2008; 11(5): 869-877.

Abasuibong F, Ekott JU, Bassey EA, Etukumana EA, Edyang-Ekpa M. Quality of life in people living with HIV/AIDS in Niger Delta Region, Nigeria. *Journal of Mental Health*. 2010;19(2): 211--218.

AMBA – Associação Médica Brasileira de Acupuntura [internet]; c2005-2011 [acesso em 18 agosto 2011]. Disponível em: <http://www.amba.org.br/v2/pagina.asp?IDPAGINA=04>

AMBA – Associação Médica Brasileira de Acupuntura [internet]; c2005-2011 [acesso em 18 agosto 2011]. Disponível em: <http://www.amba.org.br/v2/pagina.asp?scripto=swkdfo&idpagina=%B5%B5%A3%A39&shjert=mcontct>

Baldry P. The integration of acupuncture within medicine in the UK – the British Medical Acupuncture Society's 25th Anniversary. *Acupuncture in Medicine*. 2005;23(1): 2-12.

Barnes PM, Bloom B. Complementary and Alternative Medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report*. 2008;10(12):1-23.

Barros NF. A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec; 2008. (Saúde em Debate, 172).

Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS. *Indian J Sex Transm Dis*. 2010;31(2):75-80.

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

Bica I, Tang AM, Skinner S, Spiegelman D, Knox T, Gorbach S, Wilson IB. Use of complementary and alternative therapies by patients with human immunodeficiency virus disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *J Altern Complement Med* 2003;9(1): 65-76.

Bormann JE, Uphold CR, Maynard C. Predictors of Complementary/Alternative Medicine Use and Intensity of use among men with HIV Infection from two geographic areas in the United States. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(6): 468-80.

Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, Gir E, Pelá NTR. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004;12(6):940-5.

Chang BH, Sommers E. Acupuncture and the relaxation response for treating gastrointestinal symptoms in HIV patients on highly active antiretroviral therapy. *Acupunct Med*. 2011;Jun 24. Epub ahead of print].

Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, et al. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982–1989. *AIDS*. 1992;6:483–487.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 467, de 03 de agosto de 1977 [internet] [acesso em 27 agosto 2011]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1972/467_1972.htm.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1455, de 11 de agosto de 1995 [internet]. [acesso em 27 agosto 2011] Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1455_1995.htm.

CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução no 05, de 03 de Março de 1988. Diário Oficial da União de 11 de Março de 1988 [internet]. Seção I: páginas 3997-8 [acesso em 20 agosto 2011]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3477539/dou-secao-1-11-03-1988-pg-53>

Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura [internet] [acesso em 14 janeiro 2011]. Disponível em: <http://www.cmba.org.br>.

Cronan TA, Kaplan RM, Posner L, Blumberg E, Kozin F. Prevalence of the use of unconventional remedies for arthritis in a metropolitan community. *Arthritis Rheum.* 1989;32:1604-1607.

Douaihy A, Singh N. Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *AIDS Read.* 2001;11(9):450-461.

Eller LS, Bunch EH, Wantland DJ, Portillo CJ, Reynolds NR, Nokes KM et al. Prevalence, correlates, and self-management of HIV-related depressive symptoms. *AIDS Care.* 2010;22 (9):1159-1170.

Fulk LJ, Kane BE, Phillips KD, Bopp CM, Hand GA. Depression in HIV-infected patients – allopathic, complementary, and alternative treatments. *J Psychosom Res.* 2004;57(4):339-51.

Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):430-437.

Grimberg M. Género y VIH/SIDA. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. *Cuad Med Soc.* 2000;78:41-54.

Hasan SS, See CK, Choong CLK, Ahmed SI, Ahmadi K, Anwar M. Reasons, Perceived Efficacy, and Factors Associated with Complementary and Alternative Medicine Use Among Malaysian Patients with HIV/AIDS. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2010;16(11):1171-1176.

Hsiao AF, Wong MD, Kanouse DE, Collins RL, Liu H, Andersen RM, et al. Complementary and Alternative Medicine Use and Substitution for Conventional Therapy by HIV-Infected Patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;33(2):157-65.

Hudson AL, Lee KA, Portillo CJ. Symptom experience and functional status among HIV-infected women. *AIDS Care*. 2003;15(4):483-492.

Hyppólito WF, Barros NF, Miotto N, Souza FV. Acupuntura Craniana de Yamamoto na rede municipal de saúde de Campinas. In: *Anais do 11o. Congresso Mundial de Saúde Pública e 8o. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2006; Rio de Janeiro.

Jernewall N, Zea MC, Reisen CA, Poppen PJ. Complementary and alternative HIV-positive Latino gay and bisexual men. *AIDS Care*. 2005;17(5):601-609.

Levy A, Johnston K, Annemans L, Tramarin A, Montaner J. The impact of disease stage on direct medical costs of HIV management: a review of the international literature. *Pharmacoeconomics*. 2010; 28 Suppl. 1: 35-47.

Littlewood RA, Venable PA. Complementary and alternative medicine use among HIV+ people: research synthesis and implications for HIV Care. *AIDS Care*. 2008;20(8):1002-1018.

Louie L, Pathanapornpandh N, Pultajuk U, Kaplan R, Hodgson I, Maund L, et al. The Mae On Project: using acupuncture for symptom relief and improved quality of life for people living with HIV and AIDS in rural Thailand. *Acupunct Med*. 2010;28(1): 37-41.

Luz MT(, coordenadora, Luz D, Nascimento MC. VII Seminário do projeto Racionalidades Médicas – Medicina Tradicional Chinesa [internet]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 160) [acesso em 17 agosto 2011]. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/downloads/publicacoes/serie/pdf/SESC160.pdf>

Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva – estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.

Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*. 2003;17:1675-82.

Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro. Portaria no 1230 de 14 de outubro de 1999 [internet]. Implanta, no SIA/SUS, a tabela de procedimentos com estrutura de codificação de 8 dígitos, constante do anexo desta portaria [acesso em 20 agosto 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1230_14_10_1999.html

Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde [internet]. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório técnico. 1986 [acesso em 17 abril 2011]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>

Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares [internet]. Reunião técnica com coordenadores municipais e estaduais de programas de práticas integrativas e complementares no SUS. 2001. [acesso em 26 de Julho de 2011]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/reuniao_tecnica.php

Ministério do Trabalho e Emprego [internet]. Histórico da CBO; c1997-2007 [acesso em 27 agosto 2011]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf?sessionId=25210410A30B356C1FFDEECE1C521FFA#1>

Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro. Portaria 971, de 03 de maio de 2006a [internet]. Política nacional de práticas integrativas e complementares [acesso em 22 maio 2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br>

Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 853, de 17 de novembro de 2006 [internet]. Inclui na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de informações do SUS, o serviço de código 068 – práticas integrativas e complementares, compondo-o com as seguintes classificações anexa. 2006b [acesso em 20 agosto 2011]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-853.htm>

Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008 [internet]. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [acesso em 22 maio 2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>

Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 154 de 18 de março de 2008 [internet]. Recompõe a tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, conforme anexo I [acesso em 22 maio 2011]. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm

Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica [homepage na internet]. 1º. seminário internacional de práticas integrativas e complementares em Saúde – PNPIC: relatório técnico. Brasília; 2009 [acesso em 22 maio 2011]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/1o_seminario_internacional_pnpic_em_saude.php

Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares [homepage na internet]. Relatório de gestão 2006/2010 – Práticas Integrativas e Complementares no

SUS. Brasília; 2011 [acesso em 22 maio 2011]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/1o_seminario_internacional_pnpic_em_saude.php

Nascimento MC. De panaceia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. 1998;5(1):99-113.

Nightingale VR, Sher TG, Thilges S, Niel K, Rolfsen N, Hansen NB. Non- conventional practices and immune functioning among individuals receiving conventional care for HIV. *J Health Psychol* (published online 6 May 2011) [acesso em 6 agosto 2011]. Disponível em: <http://hpq.sagepub.com/content/early/2011/04/29/1359105311405350>

OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 [acesso em 6 maio 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra, 2002.

Owen-Smith A, Diclemente R, Wingood G. Complementary and alternative medicine use decreases adherence to HAART in HIV-positive women. *AIDS Care*. 2007;19(5):589-593.

Palella Jr. FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, Aschman DJ, & Holmberg SD. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection HIV outpatient study investigators. *N Engl J Med*. 1998;338:853-860.

Pereira CF. A acupuntura no SUS: uma análise sobre o conhecimento e utilização em Tangará da Serra-MT. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2010;3(2):213-219.

Pereira MLD. A re (invenção) da sexualidade feminina após a infecção pelo HIV [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Phillips KD e Skelton WD. Effects of Individualized Acupuncture on Sleep Quality in HIV Disease. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2001;12(1):27-39.

PMSP – Prefeitura Municipal de São Paulo/ Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo [internet]. [acesso em 14 maio 2011]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

PMSP – Prefeitura Municipal de São Paulo/ Secretaria de Saúde/ Centro de Controle de Doenças (CCD)/ Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) [internet]. 13o Boletim epidemiológico de AIDS. 2010 [acesso em 18 agosto 2011]. Disponível em: http://www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/novo_site/images/fotos/Boletim2010.pdf

Rao JK, Mihaliak K, Kroenke K, Bradley J, Tierney WM, Weinberger M. Use of complementary therapies for arthritis among patients of rheumatologists. *Ann Intern Med*. 1999;131:409-16.

Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Singletary SE. Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *J Clin Oncol*. 2000;18(13):2505-14.

Rivero-Mendez M, Portillo C, Solis-Baez SS, Wantland D, Holzemer WL. Symptoms and quality of life for people living with HIV infection in Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 2009;28(1): 54-59.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;4(377):1949-61.

Shiflett SC, Schwartz GE. Statistical reanalysis of a randomized trial of acupuncture for pain reveals positive effects as well as adverse treatment interactions on pain, attrition and mortality. *Explore (NY)*. 2010;6:246-255.

Shiflett SC, Schwartz GE. Effects of acupuncture in reducing attrition and mortality in HIV-infected men with peripheral neuropathy. *Explore*. 2011;7:148-154.

Siegel K, Lekas HM. AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*. 2002;16 Suppl 4:S69-76.

Silva JBG. Avaliação do tratamento por acupuntura em ambulatório de Hospital-Escola. São Paulo, 1999. 104 f. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SMBA – Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura [internet] [acesso em 22 maio 2011]. Disponível em: <http://storminformatica.com.br/sitesclientes/smba/historico.php>

Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Brazilian-Portuguese translation and validation of the HIV/AIDS-targeted quality of life instrument. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(1):69-76.

Sparber A, Wootton JC, Bauer L, Curt G, Eisenberg D, Levin T, Steinberg SM. Use of complementary medicine by adult patients participating in HIV/AIDS clinical trials. *J Altern Complement Med*. 2000;6(5):415-22.

Standish LJ, Greene KB, Bain S, Reeves C, Sanders F, Wines RCM, Turet P, Kim JG, Calabrese C. Alternative medicine use in HIV-positive men and women: demographics, utilization patterns and health status. *Aids Care*. 2001;13(2):197-208.

Tesser CD, organizador. Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS. São Paulo; HUCITEC, 2010. (Coleção Saúde em Debate, 204).

WHO – World Health Organization. Viewpoint on Acupuncture. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1979.

WHO – World Health Organization. National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines – Report of a WHO global survey. Geneva; 2005.

WHO – World Health Organization [internet]. Traditional medicine. Western Pacific Region; c2005-2011 [atualizado em 21 agosto 2011; acesso em 22 agosto 2011]. Disponível em: http://www.wpro.who.int/health_topics/traditional_medicine/

Yoshizumi AM. Perfil dos usuários do Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo: um estudo de caso [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO SOBRE EXPECTATIVAS DO PACIENTE

- (1) Qual foi o motivo que o levou a procurar tratamento com acupuntura?
- (2) O que você espera do tratamento com acupuntura?
- (3) Você já fez tratamento com acupuntura anteriormente?

Instrumento HAT-QoL*

*HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument
© 1999, William C. Holmes, M.D., M.S.C.E.

.....Instruções Importantes.....

As perguntas neste questionário buscam entender como está a sua vida em diferentes aspectos. Antes de começar a respondê-las, leia as explicações abaixo para entender melhor como abordar dois tipos de perguntas que você encontrará:

1. Você encontrará algumas perguntas voltadas para suas atividades da rotina diária e do trabalho.

Se você tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades relacionadas a eles. Se você não tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades que você geralmente faz na maioria dos dias da semana – por exemplo, tarefas domésticas ou de outra natureza, atividades escolares ou relacionadas ao trabalho voluntário em uma instituição.

2. Você encontrará algumas questões sobre o seu médico.

Se você geralmente é atendido por uma enfermeira ou um assistente do seu médico, responda essas questões pensando nessa pessoa e não no seu médico propriamente dito.

.....

1. As perguntas a seguir abordam aspectos relacionados ao seu estado e funcionamento geral nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física.	☐		☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina.	☐		☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo	☐		☐	☐	☐
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes.	☐		☐	☐	☐
e. Nas últimas 4 semanas, senti que ter o HIV tem limitado o volume de trabalho que sou capaz de realizar em minhas atividades diárias de rotina/trabalho	☐		☐	☐	☐
f. Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais	☐		☐	☐	☐

2. As perguntas a seguir abordam aspectos relativos ao seu contentamento com a vida nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida	☐		☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida	☐		☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais	☐		☐	☐	☐
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável	☐		☐	☐	☐

3. As perguntas a seguir abordam suas preocupações com a saúde nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde	☐		☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4	☐		☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral	☐		☐	☐	☐
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria	☐		☐	☐	☐

4. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações com aspectos financeiros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com uma renda determinada ☐			☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas	☐		☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto	☐		☐	☐	☐

5. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação à medicação para o HIV nas últimas 4 semanas:

Você tomou medicação para o HIV nas últimas 4 semanas?

NÃO →→→→→ Vá para Seção 6

SIM →→→→→ Continue com a questão 5a

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso	☐		☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal	☐		☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis	☐		☐	☐	☐
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo	☐		☐	☐	☐
e. Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios	☐		☐	☐	☐

6. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu por ser HIV positivo nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV	☐		☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado	☐		☐	☐	☐

7. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações em revelar a doença para os outros nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo	☐		☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV	☐		☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV	☐		☐	☐	☐
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que as pessoas do meu trabalho ou que participam de minhas atividades do dia-a-dia descobrissem que eu tenho HIV	☐		☐	☐	☐
e. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV	☐		☐	☐	☐

8. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação ao seu médico nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade.	☐		☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento	☐		☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo	☐		☐	☐	☐

9. As perguntas a seguir abordam sua atividade sexual nas últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado	... ☐		☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo	. ☐		☐	☐	☐

Obrigado por completar este questionário.

Se você tiver qualquer dúvida, não hesite em falar com a pessoa que lhe deu o questionário ou com o seu médico.

Mais uma vez, muito obrigado!

ANEXO 3

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, Marco Broitman, RF 7369417.1, necessito coletar informações, contidas em prontuários médicos, de pacientes em atendimento na Unidade de Medicinas Tradicionais, para a pesquisa intitulada “Perfil dos pacientes HIV positivos, em tratamento com acupuntura, em um ambulatório da rede municipal de São Paulo” e me comprometo a usar estas informações somente para pesquisa, mantendo os dados em sigilo e sem identificação dos pacientes.

São Paulo, de de 2011

Marco Broitman

RF 7369417.1

ANEXO 4

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: PERFIL DOS PACIENTES HIV POSITIVOS, QUE PROCURAM TRATAMENTO COM ACUPUNTURA, EM AMBULATÓRIO DA REDE MUNICIPAL DE SÃO PAULO

COORDENADOR: Dr. Marco Broitman

Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome:

.....

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Telefone:

.....

Sou médico infectologista e acupunturista da Unidade de Medicinas Tradicionais e pesquisador da Faculdade de Saúde Pública – USP. Estou conduzindo uma pesquisa com o objetivo de caracterizar o perfil dos pacientes HIV positivos, atendidos, ou em atendimento, nesta unidade. Por isso, estou convidando você para participar desta pesquisa. Será necessário coletar algumas informações como: idade, sexo, as queixas e os motivos que o levaram a procurar tratamento com acupuntura. Estes dados serão obtidos dos registros nos prontuários da Unidade de Medicinas Tradicionais e por meio de questionários que serão respondidos por você. Um dos questionários foi desenvolvido especificamente para essa pesquisa, e o outro é um

questionário usado internacionalmente, específico para avaliação de qualidade de vida de pacientes soropositivos. Ao aceitar participar desta pesquisa, você concordará em responder a estes questionários que levam cerca de 30 minutos, sendo que as suas respostas serão gravadas para que nenhuma informação importante seja perdida. Além disso, você também estará autorizando o uso dos dados do seu prontuário.

BENEFÍCIOS

A participação nesta pesquisa é TOTALMENTE VOLUNTÁRIA. Nenhum benefício adicional individual será oferecido aos participantes da pesquisa. Porém, acreditamos que esta pesquisa poderá melhorar o atendimento em acupuntura para os pacientes HIV positivos, não só nesta unidade, mas em outras unidades que prestam o mesmo atendimento no município, e até no Brasil. É importante dizer que você pode recusar ou desistir, a qualquer momento, da participação na pesquisa, sem que isso resulte na interrupção do seu tratamento. Além disso, ao aceitar participar da pesquisa, você terá também a liberdade de não responder a qualquer pergunta em especial que lhe causar desconforto, e este fato não afetará sua participação na pesquisa ou no seu tratamento. A identidade de todos os participantes bem como os seus dados de endereço serão de absoluto sigilo e não poderão ser divulgados em hipótese alguma.

RISCOS

Os riscos envolvendo esta pesquisa serão mínimos, como um possível constrangimento ou desconforto ao responder ao questionário. O participante pode deixar de responder a qualquer pergunta, sem que isso afete sua participação na pesquisa. Não será realizado nenhum tipo de procedimento invasivo ou teste com medicamentos. A pesquisa será realizada apenas por meio de coleta de dados dos prontuários e também através de questionários. Está assegurado, conforme especificado anteriormente, o sigilo de todas as informações obtidas.

CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO (CEP-SMS)

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Qualquer dúvida, ou denúncia, em relação às questões éticas na condução deste estudo também podem ser esclarecidas pelo próprio CEP-SMS:

Rua General Jardim, 36 – 1º andar

Tel.: (0XX11) 3397-2464 / Fax: (0XX11) 3397 2465

e-mail: smscep@gmail.com

Horário de atendimento: 2ª a 6ª, das 10h às 13h e das 14h às 17h.

CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP

A realização desta pesquisa também foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP. Caso você necessite de algum esclarecimento, pode escrever, telefonar ou enviar mensagem eletrônica para o Comitê da FSP/USP:

Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP 01246-904 São Paulo SP

Tel.: (0XX11) 3061-7779

e-mail: coep@fsp.usp.br

CONTATO COM OS PESQUISADORES

Sou o médico responsável por este estudo. Posso ser contatado a qualquer momento para qualquer esclarecimento ou outra necessidade:

Dr. Marco Broitman

Unidade de Medicinas Tradicionais

Rua Frederico Alvarenga 259 – 3º andar

CEP: 01020-030 São Paulo

Tel.: (0XX11) 3112-8133 / (0XX11) 8264-2442

E-mail: marcobroitman@usp.br

A pesquisadora corresponsável deste estudo é a Dra. Maria Regina Alves Cardoso, e ela poderá ser contatada para qualquer dúvida ou esclarecimento, sempre que necessário, no endereço abaixo:

Dra. Maria Regina Alves Cardoso
Faculdade de Saúde Pública – USP
Departamento de Epidemiologia
Av. Dr. Arnaldo 715 – CEP: 01246-904 São Paulo – SP
Tel.: (0XX11) 3061-7777
Fax: (0XX11) 3081-2108
E-mail: rcardoso@usp.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que li e compreendi todas as informações prestadas acima, e concordo em participar desta pesquisa, o que implica responder a dois questionários.

Posso, a qualquer momento, solicitar a interrupção da minha participação na pesquisa e, nessa situação, fica garantida a continuidade do meu atendimento na UMT.

São Paulo, de de 2011

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

Maria Regina Alves Cardoso

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Possui graduação em Odontologia pela Universidade de São Paulo (1979), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1990), Doutorado em Epidemiologia pela University of London (1997) e Livre-Docência pela Universidade de São Paulo (2007). Atualmente é Professora Associada do Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: doenças respiratórias em crianças e fatores de risco ambientais.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 24/08/2011

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2554853704952225>

Certificado
pelo autor em
24/08/11

Diretório de grupos de pesquisa

SciELO - artigos em texto completo

Dados pessoais

Nome	Maria Regina Alves Cardoso
Nome em citações bibliográficas	CARDOSO, M. R.;Cardoso, Maria Regina A.;Cardoso, M. Regina A.;Cardoso, M R A;Cardoso, Maria Regina Alves;Cardoso, Maria Regina;Cardoso, Maria R.A.;Cardoso, M.-R.;Cardoso, Maria-Regina A.
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. Avenida Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30817777 Fax: (11) 30812108 URL da Homepage: http://fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

2007	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: MICRO-CLIMA DOS DOMÍCIOS E DOENÇAS SIBILANTES EM CRIANÇAS DA CIDADE DE SÃO PAULO, Ano de obtenção: 2007. Palavras-chave: asma; alergia; criança; epidemiologia ambiental; fatores de risco ambientais; conforto térmico. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
1991 - 1996	Doutorado em Epidemiologia. University of London, UL, Inglaterra. Título: Indoor environmental risk factors for lower respiratory diseases in young children in São Paulo, Brazil, Ano de Obtenção: 1997. Orientador: Simon Nicholas Cousens. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ,CNPq ,Brasil . Palavras-chave: doenças respiratórias; criança; fatores de risco; fatores ambientais. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Setores de atividade: Saúde Humana.
1984 - 1990	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Comparação entre três métodos de amostragem que visam à estimação da cobertura vacinal, Ano de Obtenção: 1991. Orientador: Jair Lício Ferreira Santos. Palavras-chave: amostragem; probabilidade; cobertura vacinal. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia.

Marco Broitman

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC (1999). Título de Especialista em Infectologia pela sociedade Brasileira de Infetologia e Título de Especialista em Acupuntura pelo Colégio Médico de Acupuntura. Atualmente é médico acupunturista com consultório próprio e na Unidade de Medicinas Tradicionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, médico do pronto socorro do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual e cursando mestrado em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Acupuntura e Infectologia.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização em 04/09/2011

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/1254987640118301>

Dados Pessoais

Nome	Marco Broitman
Filiação	Giulio Broitman e Eveli Broitman
Nascimento	09/06/1974 - São Paulo/SP - Brasil
Carteira de Identidade	253177753 ssp-sp - SP - 10/04/1995
CPF	26496909802
Endereço residencial	Alameda Jaú, 555 apto 142 Jd Paulista - São Paulo 01420-000, SP - Brasil Telefone: 011 32624979
Endereço profissional	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Unidade de Medicinas Tradicionais Rua Frederico Alvarenga, 259 - 3o andar Pq D. Pedro - São Paulo 01020-030, SP - Brasil Telefone: 011 31128133
Endereço eletrônico	e-mail para contato : acupuntura@marcobroitman.com.br e-mail alternativo : marcobroitman@hotmail.com

Formação Acadêmica/Titulação

2000 - 2002	Especialização em Acupuntura. Associação Médica Brasileira de Acupuntura, AMBA, São Paulo, Brasil Título: sem monografia Orientador: sem orientador
2000 - 2003	Especialização - Residência médica.