**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LEONICE FUMIKO SATO KUREBAYASHI

**AURICULOTERAPIA CHINESA PARA
REDUÇÃO DE ESTRESSE E MELHORIA DE
QUALIDADE DE VIDA DE EQUIPE DE
ENFERMAGEM: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO**

SÃO PAULO

2013

LEONICE FUMIKO SATO KUREBAYASHI

**AURICULOTERAPIA CHINESA PARA
REDUÇÃO DE ESTRESSE E MELHORIA DE
QUALIDADE DE VIDA DE EQUIPE DE
ENFERMAGEM: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação na Faculdade de Enfermagem para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração:
PROESA: Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientador: Profa. Dra. Maria Júlia Paes da
Silva

SÃO PAULO

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Kurebayashi, Leonice Fumiko Sato

Auriculoterapia chinesa para redução de estresse
e melhoria de qualidade de vida de equipe de enfermagem:
ensaio clínico randomizado / Leonice Fumiko Sato
Kurebayashi. -- São Paulo, 2013.

273 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Júlia Paes da Silva

Área de concentração: Saúde do adulto

1. Acupuntura 2. Medicina tradicional 3. Enfermagem
4. Estresse 5. Qualidade de vida 6. Terapias complementares
7. Protocolos clínicos I. Título.

Folha de aprovação de Doutorado

Nome: Leonice Fumiko Sato Kurebayashi

Título: Auriculoterapia chinesa para redução de estresse e melhoria de qualidade de vida de Equipe de Enfermagem: Ensaio Clínico Randomizado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Doutora em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

1. Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2. Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3. Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

4. Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

5. Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha linda família: Ademir, Ana Lúcia, Henrique, Tinha, Livia, Leonardo, Jamile, Ray que me incentivaram e apoiaram para vencer mais esta etapa de minha vida. Muito obrigada pelo carinho, pela paciência de tantas noites e dias de ausência e imersão no trabalho e porque faz valer a pena qualquer esforço quando se tem uma família tão maravilhosa torcendo todos os dias pelo seu sucesso.

Aos meus pais, que, apesar da distância, permanecem sempre presentes em meu coração, em todos os momentos de dificuldade e de alegrias conquistadas. Ao meu pai por ter me ensinado a nunca desistir e sorrir diante das dificuldades, à minha mãe que me ensinou com seu silêncio amoroso como posso vencer as vicissitudes da vida, sem jamais perder o centro e a paz interior.

À amiga e orientadora Prof^ª Dr^a Maria Júlia Paes da Silva, pelas orientações, pela atenção tão carinhosa na realização de meu projeto pessoal, por ser esta pessoa sensível e tão imprescindível a todos que a rodeiam.

Finalmente, dedico o trabalho a Deus, aos meus grandes amigos espirituais que me inspiram e me orientam todos os dias, para que o meu percurso seja profundo em compreensão e aprendizado, mas suave em satisfação e amorosidade.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora Profa. Dra. Maria Julia Paes da Silva, pela oportunidade que me concedeu, por ser ela própria uma lição de vida, de humanidade, de humildade, de competência, de amor pelo que faz e com quem faz. Sem sua presença e orientações, o percurso teria sido longo e penoso e foi, com certeza, leve e prazeroso. Muito obrigada por tudo.

Ao meu orientador do mestrado Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas, por sua sempre generosa e amorosa presença em minha vida, por aceitar o convite para participar do Exame de qualificação tornando possível a continuidade do meu percurso no doutorado. Muito obrigada.

À Dra. Eliseth Ribeiro Leão, pela participação na banca do Exame de qualificação, por suas orientações preciosas sempre tão pertinentes e adequadas. Muito obrigada pela oportunidade de tê-la como uma parceira de trabalho e pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À minha família sempre, que é o pilar de sustentação para a concretização de meus sonhos pessoais, por meio da compreensão, do amor e das muitas horas de alegria e descontração que me proporcionam.

Aos meus queridos amigos de jornada, que me observam, me auxiliam, me impulsionam e acompanham, na constante busca de conhecimento, evolução, paz, amor e luz. Obrigada Ricky Watari e Raymond Takiguchi, por suas fundamentais conversas e pela presença carinhosa e sábia destes meus dois grandes amigos e irmãos de jornada. Obrigada ao meu Grupo Ibez.

À equipe de acupunturistas, que me auxiliaram na realização deste projeto, por viabilizarem o estudo. Vocês estarão sempre no meu coração. Obrigada à Ana Lucia Lopes Giaponesi, Hiroe Sakai, Adalberto Ionafo, Solange Scaramuzza, Márcia Harumi Kina e Vera Rozanczyk.

À Equipe de Enfermagem do Hospital Samaritano pelo carinho com que nos receberam, pela participação no ensaio clínico, obrigada pela confiança depositada na auriculoterapia e em nós, terapeutas.

Ao Hospital Samaritano, à gerente executiva de Enfermagem Denise C. Alvarenga e todas as pessoas que se envolveram no projeto.

Agradeço, por fim, a Deus, pela possibilidade de completar esta trajetória tendo feito, sobretudo do processo, um grande exercício de amadurecimento interior, de autoconhecimento das potencialidades e limitações pessoais e de valorização das muitas amizades e encontros durante o caminhar nesta estrada.

EPÍGRAFE

“ Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro,

Depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde.

Por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem do presente...

De forma que acabam por não viver nem no presente nem no futuro...

E vivem como se nunca fossem morrer...

E morrem como se nunca tivessem vivido”.

Dalai Lama

RESUMO

KUREBAYASHI, LFS. Auriculoterapia chinesa para redução de estresse e melhoria de qualidade de vida de Equipe de Enfermagem: Ensaio Clínico Randomizado[tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2013.

Introdução: A equipe de Enfermagem em hospitais tem sido exposta a ambientes de trabalho estressantes, submetidos, muitas vezes, à condições de trabalho precárias, com baixa qualidade de vida. A auriculoterapia chinesa apresentou eficácia em estudo preliminar para redução de estresse com um protocolo escolhido com base na Medicina Tradicional Chinesa(MTC) e este Ensaio Clínico se propôs a avaliar a eficácia e o alcance da técnica quando é aplicada com e sem protocolo fechado.

Objetivos: Descrever e investigar os níveis de estresse da equipe de Enfermagem do Hospital Samaritano; Comparar a eficácia da auriculoterapia chinesa realizada com e sem protocolo, descrever os principais diagnósticos de MTC para estresse e a eficácia dos pontos escolhidos. **Material e Método:** Na primeira fase, 484 profissionais responderam a um questionário de dados sócio-demográficos e à Lista de Sintomas de Stress de Vasconcellos(LSS). Foram incluídos aqueles com pontuação entre 37 a 119 pontos (médio e alto estresse). Randomizaram-se 213 pessoas em 3 grupos (controle, grupo protocolo e grupo sem protocolo); 175 finalizaram o tratamento de 12 sessões de auriculoterapia com agulha semipermanente, duas vezes por semana, por seis semanas. O protocolo de pontos utilizado foi: ponto Rim, Tronco Cerebral, Shenmen e Yang do Fígado 1 e 2. Os instrumentos de Coleta de dados no Ensaio Clínico foram a LSS, o Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL), o Instrumento de Qualidade de Vida (SF36v2), uma Ficha de diagnósticos de MTC. O período de coleta foi de novembro de 2011 a julho de 2012 e sete acupunturistas participaram do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP e do Hospital. **Resultados:** Na primeira fase, a pontuação média de estresse de 484 profissionais foi de 45,92 (nível médio). Os que apresentaram níveis mais elevados de estresse foram: as enfermeiras ($p=0,012$), profissionais do turno da manhã ($p=0,022$) e

sujeitos com doenças auto referidas ($p=0,001$). Na segunda fase, os dois grupos de intervenção obtiveram diferenças estatísticas significativas quando comparadas ao grupo controle ($p<0,05$), com efeito superior para o grupo sem protocolo segundo a LSS no pós-tratamento e *follow-up*. Quanto ao ISSL, houve melhores resultados para o grupo sem protocolo para a fase de resistência/quase exaustão e domínio psicológico da fase de alerta. Quanto ao SF36v2, houve diferença estatística ($p<0,05$) somente para o grupo sem protocolo quanto ao domínio físico no *follow-up*. No domínio mental, ambos os grupos de intervenção obtiveram resultados positivos($p<0,05$), com ligeira superioridade para o grupo sem protocolo quanto ao índice d de Cohen. Os principais diagnósticos de MTC foram: Estagnação de Qi e Xue nos meridianos tendino-musculares, Calor de Estômago e Subida de Yang do Fígado, Estagnação de Qi do Fígado, Distúrbio de Shen, Deficiência de Yin do Rim, Deficiência de Qi e Xue do Baço-Pâncreas. Os pontos mais utilizados foram os cinco pontos do protocolo somados a Estômago, Baço e pontos de dor. **Conclusão:** o grupo sem protocolo obteve melhores resultados para redução de estresse e melhoria de qualidade de vida, demonstrando que a auriculoterapia chinesa quando feita de forma individualizada amplia o alcance da técnica.

Palavras-chave: Auriculoterapia, Acupuntura auricular, Medicina Tradicional Chinesa, Equipe de Enfermagem, Estresse, Qualidade de Vida, Protocolo, Terapias complementares.

ABSTRACT

KUREBAYASHI, LFS. Chinese Auricular therapy to reduce stress and improve life quality of Nursing Team: Randomized Clinical Trial [thesis]. São Paulo: Nursing School of São Paulo University; 2013.

Introduction: Hospitals Nursing Team have been exposed to highly stressful work environment and submitted many times to precarious work conditions and thus low quality of life. Chinese auricular therapy has presented efficiency in a preliminary study to reduce stress by a selected protocol based on Chinese Traditional Medicine (MTC). This Clinical Trial is proposed to evaluate the effectiveness and reach of the technique whenever this is applied with or without a closed protocol. **Objectives:** Describe and investigate the stress levels of Samaritano Hospital's Nursing Team; Compare the effectiveness of Chinese Auricular Therapy performed with or without protocol; Describe the main diagnosis of MTC for stress and efficiency of the selected points. **Material and Method:** On the first phase, 484 professionals answered to a questionnaire containing demographic social data and to the *Vasconcelos* List of Stress Symptoms (LSS). Those ones with score between 37 and 119 points (average and high stress) were included. 213 people were randomized in 3 groups (control, protocol group and group without protocol); 175 ended a 12-session auricular therapy treatment with semi-permanent ear needles twice a week for six weeks. The scoring protocol used was: Kidney point, Brain stern point, *Shenmen* and *Yang* of the Liver 1 and 2. The instruments for the data collection in the Clinical Trial were LSS, Lipp Stress Symptoms Inventory (ISSL), Instrument of Life Quality (SF36v2), MTC diagnosis chart. The period of data collection was between November 2011 and July 2012 and seven acupuncturists participated in the trial. This study was approved by the School and Hospital Ethical Committee on Clinical Trial. **Results:** On the first phase, the average scoring of stress was of 45,92 (average level of stress). The professionals that presented higher stress levels were: nurses ($p=0,012$), morning shift professionals ($p=0,022$) and subjects with self-referred diseases ($p=0,001$). On the second phase, the two intervention

groups presented differences once compared with the control group ($p < 0,05$), with higher effect in the group without protocol according to LSS in the after treatment and follow-up. Regarding ISSL, there were better results to without protocol group for resistance/*quasi*-exhaustion phase and physical domain of alert phase. In relation to SF36v2, there was statistics difference ($p < 0,05$) only for the group without protocol in connection with physical dominance during follow-up. In mental dominance, both of intervention groups presented positive results ($p < 0,05$), with an slight superior effect for the group without protocol as per Cohen's index. The main MTC diagnosis was: Qi stagnation and *Xue* in the tendino-muscular meridians, Stomach Heat and Rising of *Yang* of the Liver, Qi stagnation of the Liver, Shen Disturbs, Kidney *Yin* Deficiency, Qi deficiency and *Xue* of Spleen-Pancreas. The mostly used points were the five ones of the protocol plus Stomach, Spleen and pain points. **Conclusion:** the group without protocol presented the best results for stress reduction and improvement of life quality, demonstrating that Chinese auricular therapy made in a personalized way broaden the reach of the technique.

Key-words: Auricular therapy, auricular Acupuncture, Traditional Chinese Medicine, Nursing Team, Stress, Quality of Life, Protocol, Complementary Therapies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Ciclo de Geração e Inibição de energia segundo Teoria dos Cinco elementos.....	78
Figura 2 -	Padrões de desequilíbrio no Estresse segundo a Teoria dos Cinco Elementos.....	100
Figura 3 -	A figura do homem projetada na orelha.....	101
Figura 4 -	Zonas de projeção auriculares segundo tecidos embrionários.....	104
Figura 5 -	Os 30 pontos mestres propostos por Paul Nogier.....	105
Figura 6 -	Mapa de auriculoterapia chinesa.....	107
Figura 7 -	Lista de pontos de auriculoterapia chinesa.....	108
Figura 8 -	Pontos auriculares para problemas emocionais..	110
Figura 9 -	Fluxograma de participação dos sujeitos na segunda Fase.....	119
Figura 10 -	Localização de pontos do Grupo Protocolo (2).....	123
Figura 11 -	Boxplot de níveis de estresse segundo o sexo feminino(1) e masculino(2). São Paulo, 2012.....	133
Figura 12 -	Boxplot de escores de estresse segundo a variável Cargo. São Paulo, 2012.....	134
Figura 13 -	Boxplot dos níveis de estresse segundo presença (0) ou ausência (1) de doenças auto referidas. São Paulo, 2012.....	136
Figura 14 -	Fluxograma de participação dos sujeitos no Ensaio Clínico. São Paulo, 2012.	141
Figura 15 -	Percentual e localização dos principais pontos do Grupo sem Protocolo. São Paulo, 2012.....	210
Figura 16 -	Áreas responsivas ao estresse em 50 pacientes com, pelo menos, um sintoma de possível origem	

	psicossomática de acordo com	
	Romoli(2010b).....	211
Figura 17 -	Pontos auriculares mais utilizados no grupo sem	
	protocolo e inervações regionais.....	216

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos participantes segundo sexo. São Paulo, 2012.....	127
Gráfico 2 -	Distribuição de frequência segundo estado civil. São Paulo, 2012.....	129
Gráfico 3 -	Evolução dos níveis de estresse em 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	144
Gráfico 4 -	Evolução dos níveis de estresse(LSS) para 76 sujeitos com estresse alto, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	147
Gráfico 5 -	Evolução dos níveis de estresse(LSS) para 99 sujeitos com estresse médio, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	149
Gráfico 6 -	Evolução dos níveis de estresse (LSS) para 52 sujeitos com morbidades, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	150
Gráfico 7 -	Evolução dos níveis de estresse (LSS) de 123 sujeitos sem morbidades, segundo 3 grupos.....	152
Gráfico 8 -	Evolução dos percentuais do domínio físico da Fase de Alerta do ISSL nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	158
Gráfico 9 -	Evolução dos percentuais do domínio psicológico da Fase de Alerta do ISSL nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.	158
Gráfico 10 -	Evolução dos percentuais do domínio físico da Fase de Resistência nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	161
Gráfico 11 -	Evolução dos percentuais do domínio psicológico	

	da Fase de Resistência nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	162
Gráfico 12 -	Evolução das diferenças das médias dos percentuais dos domínios físico da Fase de Exaustão, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	166
Gráfico 13 -	Evolução das diferenças das médias dos percentuais dos domínios psicológico da Fase de Exaustão, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	167
Gráfico 14 -	Evolução dos sintomas físicos do SF36v2 nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	169
Gráfico 15 -	Evolução das médias de sintomas físicos (SF) e mentais (SM) do SF36v2, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	171
Gráfico 16 -	Evolução das médias de Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor e Estado Geral de Saúde em 3 tempos, nos 3 grupos. São Paulo, 2012.....	172
Gráfico 17 -	Evolução das médias de Vitalidade, Aspecto social, emocional e Saúde mental segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.....	175
Gráfico 18 -	Correlação entre o número de diagnósticos de MTC e pontos auriculares do Grupo sem protocolo. São Paulo, 2012.....	186

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descritiva das características dos Cinco elementos.....	76
Tabela 2 -	Média e Desvio-Padrão das variáveis: Idade, Tempo de serviço no setor (meses), escore de estresse. São Paulo, 2012.....	128
Tabela 3 -	Frequência e percentual dos sujeitos segundo os escores de estresse. São Paulo, 2012.....	128
Tabela 4 -	Distribuição dos profissionais nos quatro turnos e percentuais segundo escores de estresse. São Paulo, 2012.....	129
Tabela 5 -	Percentuais dos principais sintomas relatados segundo a LSS. São Paulo, 2012.....	130
Tabela 6 -	Frequência dos participantes e medianas dos níveis de estresse, segundo setores do Hospital. São Paulo, 2012.....	131
Tabela 7 -	Teste de Mann-Whitney para Níveis de estresse, segundo a variável Sexo. São Paulo, 2012.....	133
Tabela 8 -	Teste de Mann-Whitney para níveis de estresse, segundo a variável Cargo. São Paulo, 2012.....	134
Tabela 9 -	Teste de Kruskal-Wallis para a variável Turno, segundo escore de estresse. São Paulo, 2012.....	135
Tabela 10 -	Teste de Mann-Whitney para níveis de estresse, segundo presença ou ausência de doenças auto referidas. São Paulo, 2012.....	136
Tabela 11 -	Distribuição da frequência e percentual de indivíduos, segundo categorias de idade e presença/ausência de morbidade. São Paulo, 2012.....	137
Tabela 12 -	Frequência e Percentual de indivíduos sem e com doença prévia segundo o tempo de trabalho no setor. São Paulo,	

	2012.....	137
Tabela 13 -	Correlações de Spearman entre as variáveis Idade e Níveis de estresse. São Paulo, 2012.....	139
Tabela 14 -	Coeficiente de Correlação de Spearman entre as variáveis Idade, Tempo de hospital e Tempo de Serviço. São Paulo, 2012.	139
Tabela 15 -	Descritiva e percentual de flutuação de sujeitos na pesquisa. São Paulo, 2012.....	140
Tabela 16 -	Frequência e percentual das variáveis sócio-demográficas dos 175 sujeitos. São Paulo, 2012....	141
Tabela 17 -	Descritiva das médias e desvio-padrão dos níveis de estresse nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	142
Tabela 18 -	Tamanhos de efeito e percentual de mudança do tratamento nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	143
Tabela 19 -	Descritiva das médias de estresse e desvio padrão de 76 sujeitos com estresse alto, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	144
Tabela 20 -	Tamanhos de efeito e percentual de mudança do tratamento para sujeitos com estresse alto, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	145
Tabela 21 -	Descritiva das médias e desvio padrão de 99 sujeitos com estresse médio, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	146
Tabela 22 -	Tamanhos de efeito e percentual de mudança do tratamento para sujeitos com estresse médio, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	147
Tabela 23 -	Descritiva dos níveis de estresse e desvio padrão de 52 sujeitos com morbidades, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	148
Tabela 24 -	Tamanho de efeito e percentual de mudança em 52	

	sujeitos com morbidades prévias, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	149
Tabela 25 -	Descritiva das médias de estresse e desvio padrão de 123 sujeitos sem morbidades segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	150
Tabela 26 -	Tamanho de efeito e percentual de mudança em 123 sujeitos sem morbidades prévias, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	150
Tabela 27 -	Frequência de sujeitos com estresse alto e médio, segundo presença e ausência de morbidades prévias. São Paulo, 2012.....	152
Tabela 28 -	Descritiva da quantidade de participantes e percentual, segundo escores de ISSL. São Paulo, 2012.....	153
Tabela 29 -	Descritiva das médias, desvio padrão e intervalo de confiança dos percentuais do domínio físico da Fase de Alerta em 3 momentos. São Paulo, 2012....	155
Tabela 30 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio físico da Fase de Alerta segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	156
Tabela 31 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio físico da Fase de Alerta segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	156
Tabela 32 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio psicológico da Fase de Alerta, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	157
Tabela 33 -	Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança dos percentuais do domínio físico da Fase de Resistência, segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.....	159
Tabela 34 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio físico da Fase de Resistência, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	159

Tabela 35 -	Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança dos percentuais do domínio psicológico da Fase de Resistência, segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.....	160
Tabela 36 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio psicológico da Fase de Resistência, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	161
Tabela 37 -	Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança dos percentuais do domínio físico e psicológico da Fase de Quase exaustão, segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.....	163
Tabela 38 -	Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança dos percentuais do domínio físico da Fase da exaustão, segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.....	164
Tabela 39 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio físico da Fase de Exaustão, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	165
Tabela 40 -	Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança do domínio psicológico da Fase de Exaustão. São Paulo, 2012.....	165
Tabela 41 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio psicológico do Questionário 3, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	166
Tabela 42 -	Descritiva de médias, desvio padrão e intervalo de confiança dos domínios físico e mental, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	168
Tabela 43 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio físico do SF36v2 nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	169
Tabela 44 -	Teste Post Hoc para sintomas mentais do SF36v2 das diferenças entre grupos, segundo 3 tempos. São Paulo,	

	2012.....	170
Tabela 45 -	Tamanho de efeito e percentuais do domínio mental do SF36v2 nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	170
Tabela 46 -	Descritiva da evolução das médias e desvio-padrão dos 8 domínios do SF36v2, segundo 3 momentos. São Paulo, 2012.....	172
Tabela 47 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias da Capacidade funcional do SF36v2, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	173
Tabela 48 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias da Dor (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	174
Tabela 49 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do Estado Geral de Saúde (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	176
Tabela 50 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias da Vitalidade (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	174
Tabela 51 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do Aspecto Social (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	177
Tabela 52 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias do Aspecto Emocional (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	177
Tabela 53 -	Tamanho de efeito e percentuais das médias da Saúde Mental (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.....	178
Tabela 54 -	Descritiva de percentuais dos principais diagnósticos de excesso energético dos meridianos. São Paulo, 2012.....	179
Tabela 55 -	Descritiva de percentuais dos principais diagnósticos de	

	deficiência energética dos meridianos. São Paulo, 2012.....	179
Tabela 56 -	Tamanho de efeito, percentual de mudança e possíveis diagnósticos de MTC dos sintomas mais responsivos após o tratamento em 117 sujeitos. São Paulo, 2012.....	182
Tabela 57 -	Tamanho de efeito, percentual de mudança dos principais sintomas responsivos do Questionário 2 (ISSL) e possíveis diagnósticos de MTC relacionados. São Paulo, 2012.....	183
Tabela 58-	Percentual de incidência de pontos auriculares do Grupo sem protocolo.São Paulo, 2012.....	184
Tabela 59 -	Descritiva dos pontos auriculares relacionados aos diagnósticos de MTC. São Paulo, 2012.....	185
Tabela 60 -	Teste de Correlação de Pearson entre o número de pontos e de diagnósticos de MTC. São Paulo, 2012.....	186
Tabela 61 -	Teste de Correlação de Spearman entre LSS e ISSL nos 3 momentos. São Paulo, 2012.....	187
Tabela 62 -	Teste de Correlação de Spearman entre ISSL e SF36v2. São Paulo, 2012.....	188

SUMÁRIO

1 Introdução.....	27
2 Objetivos.....	32
3 Referenciais Teóricos.....	34
3.1. Medicina Clássica Chinesa e Medicina Tradicional Chinesa.....	35
3.2 Práticas integrativas e complementares: Definições e Classificações.....	37
3.3 Paradigma holístico na saúde e interfaces entre a Enfermagem e Medicina Tradicional Chinesa.....	43
3.4 O papel das práticas baseadas em evidências (PBE) na Enfermagem, na Acupuntura e na Auriculoterapia.....	54
3.5 O estresse laboral e a qualidade de vida.....	59
3.6 Fisiopatologia do estresse e suas fases.....	64
3.7 Fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa.....	69
3.7.1 Os tipos constitucionais e os Cinco Elementos.....	72
3.7.2. Os Cinco Elementos e as características de cada elemento.....	74
3.7.3 Inter-relações dos Cinco Elementos.....	77
3.7.4 Os órgãos (Zang) e as Vísceras (Fu).....	79
3.7.5 Causas das doenças segundo a Medicina Tradicional Chinesa.....	88
3.7.6 Padrões de desequilíbrio do Estresse segundo a Medicina	

Tradicional Chinesa (MTC).....	91
3.7.7 Justificativa para a escolha dos padrões de desequilíbrio.....	96
3.8 Auriculoterapia Francesa e Acupuntura Auricular Chinesa.....	100
3.8.1. Breve histórico de auriculoterapia.....	101
3.8.2 Pontos auriculares para problemas emocionais.....	109
3.8.3 Indicações e Contraindicações da auriculoterapia.....	111
3.8.4 A acupuntura auricular como diagnóstico.....	112
4 Hipóteses do estudo.....	115
5 Método e Casuística.....	116
5.1 Tipo de Pesquisa.....	116
5.2 Local de estudo.....	116
5.3 Amostra.....	118
5.4 Instrumentos de Coleta de Dados.....	120
5.5 Coleta de Dados.....	122
5.6 Análise estatística.....	125
6 Resultados.....	128
6.1 Resultados da primeira fase.....	128
6.1.1 Descritiva dos dados sócio-demográficos.....	128
6.1.2 Testes de Inferência estatística entre níveis de estresse e variáveis sócio-demográficas.....	133
6.1.3 Testes de Correlação entre variáveis ordinais sócio-	

demográficas.....	139
6.2 Resultados da segunda fase: evolução dos níveis de estresse (LSS).....	140
6.2.1 Fluxograma de participação dos sujeitos no Ensaio Clínico.....	140
6.2.2 Análise intergrupos e evolução dos níveis de estresse segundo a LSS.....	142
6.2.2.1 Evolução do tratamento dos sujeitos com estresse alto e médio.....	145
6.2.2.2 Análise dos níveis de estresse (LSS) segundo sujeitos com morbilidade ou sem morbilidade prévia.....	149
6.3 Resultados da segunda fase: níveis de estresse (ISSL).....	153
6.3.1 Descritiva dos níveis de estresse segundo o ISSL.....	154
6.3.2 Análise intergrupos e evolução dos níveis de estresse segundo os 3 questionários do ISSL nos domínios físico e psicológico.....	154
6.4 Resultados da segunda fase: SF36V2.....	167
6.4.1 Análise e evolução dos domínios físico e mental segundo SF36V2.....	167
6.4.2 Evolução de cada aspecto do domínio físico do SF36v2.	171
6.4.3 Evolução de cada aspecto do domínio mental do SF36v2.....	175
6.5 Resultados da segunda fase: Diagnósticos de MTC encontrados.....	178
6.5.1 Principais padrões de Excesso e Deficiência nos meridianos.....	178

6.5.2 Principais sintomas responsivos ao tratamento segundo LSS e diagnósticos de MTC relacionados.....	181
6.5.3 Principais sintomas responsivos ao tratamento segundo ISSL e diagnósticos de MTC relacionados.....	182
6.6 Correlação dos pontos auriculares do Grupo sem protocolo com os diagnósticos de MTC.....	183
6.7 Resultados da Segunda Fase: Correlação entre Estresse e Qualidade de Vida.....	187
7 Discussão.....	189
7.1 Caracterização Sócio-demográfica e níveis de estresse....	189
7.2 Ensaio clínico randomizado: Discussão sobre os resultados do tratamento de auriculoterapia para redução de estresse (LSS, ISSL) e melhoria de qualidade de vida.....	195
8 Conclusões.....	230
9 Considerações finais.....	234
Referências.....	237
Apêndices e Anexos.....	254

1 INTRODUÇÃO

Com base nos resultados positivos alcançados em um estudo preliminar realizado em Janeiro a Fevereiro de 2010, intitulado **“Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de Enfermagem”** no Hospital Universitário (Kurebayashi, Gnatta, Borges et al, 2012a), emergiu esta pesquisa, a fim de dar continuidade ao primeiro estudo, com uma amostragem mais representativa e com um desenho que permitisse aprofundar os estudos sobre a eficácia da auriculoterapia chinesa com agulhas semipermanentes para a redução de estresse e consequente melhoria da qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem.

O presente ensaio clínico pretende, sobretudo, comparar os resultados da técnica com o uso de protocolo fechado de pontos já previamente testado e um grupo sem protocolo. Tal delineamento de pesquisa se propõe a aprofundar os debates sobre a importância da adequação da abordagem científica ocidental na pesquisa de uma racionalidade médica distinta da ocidental, proveniente da cultura oriental chinesa. Sabe-se que o protocolo constitui um passo importante na realização da pesquisa científica e é fundamental na análise da eficácia de uma dada técnica, medicamento ou procedimento. O protocolo permite maior rigor à observação de variáveis, possibilita a reprodutibilidade do estudo, trazendo confiabilidade aos resultados e seria impensável um ensaio clínico sem a definição de protocolos (Cummings, Grady, Hulley, 2008; Lao, Ezzo, Berman et al, 2005).

Mas, a transferência da concepção ocidental de pesquisa nem sempre parece ser consonante com os princípios que fundamentam as terapias alternativas e complementares (Richardson, 2000). Já em 1997, Nguyen (1997) trouxe uma importante reflexão sobre a

“ocidentalização” da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a partir de uma tendência a reduzir a arte da acupuntura¹ a receitas rígidas. Os trabalhos de pesquisa podem comprovar, em parte, a eficácia dos pontos, mas em sua opinião, não representam a verdadeira acupuntura, por negligenciarem a perspectiva holística dessa prática. Em sua opinião, tende-se a perder, pouco a pouco, a capacidade de raciocinar e pensar segundo a MTC, em benefício de uma prática que se quer científica, fundamentada em comprovações.

Estas discussões trouxeram um novo desafio para praticantes, profissionais e pesquisadores: o de encontrar evidências de segurança e eficácia das terapias complementares, por meio de modelos de pesquisa que fossem mais adaptados à realidade própria dessas práticas, da qual a auriculoterapia é integrante. Portanto, este foi o estopim motivador desta pesquisa: buscar avaliar a auriculoterapia realizada sem protocolo fechado, como geralmente tem sido realizada por muitos praticantes desta arte, comparativamente aos resultados positivos já encontrados em prévias pesquisas com um protocolo de pontos fechado. Tal protocolo foi gerado a partir de um estudo de possíveis diagnósticos de MTC, com base na literatura e em sintomas e sinais observáveis de estresse.

Os padrões de desequilíbrio energético são definidos a partir de manifestações clínicas, sinais e sintomas que os caracterizam, permitindo estabelecer pontos gerais aplicáveis e recomendáveis para o restabelecimento do equilíbrio de um sistema energético (Maciocio, 2007). Observa-se o frequente uso e indicações de protocolo de pontos, quando os padrões de desequilíbrio a partir da MTC estão bem definidos, podendo também haver a individualização

¹ Onde houver acupuntura, leia-se também acupuntura auricular ou auriculoterapia, pois são técnicas coadjuvantes que partem dos mesmos fundamentos de MTC.

do tratamento, com a readaptação dos pontos na dependência dos resultados e do seguimento do tratamento. Assim tem sido praticada ao longo de milênios pela cultura chinesa (Birch e Felt, 2002a).

Quanto à auriculoterapia, duas principais linhas se desenvolveram, a partir de meados do século XX, uma francesa e uma chinesa. Neste estudo foi escolhida a auriculoterapia chinesa, que está baseada nos preceitos da filosofia chinesa e que exige para a sua prática, prévio domínio dos conhecimentos advindos dessa medicina, formas de diagnóstico e experiência técnica para executá-la.

Os conceitos e bases teórico-práticas que fundamentam a acupuntura e a auriculoterapia apresentaram-se heterogêneos histórica e regionalmente. Há ainda pouco consenso nos diversos países entre os critérios de avaliação energética e de escolha de pontos, o que dificulta em grande parte a realização de estudos que exigem padronização, protocolos e randomizações (Birch e Lewith, 2007).

Alguns aspectos precisam ser revistos e amadurecidos, portanto, quando se trata de criar protocolos para essas práticas: avaliação da experiência do pesquisador e formação, o número de sessões recomendáveis, as formas de aplicação da acupuntura, as dificuldades em se realizar um ensaio clínico com duplo cego, o grupo controle, o efeito placebo e a acupuntura sham² (Stux e Birch, 2005).

Embora existam distintos modelos de práticas de acupuntura na história e regionalismos culturais, de fato, há algo de muito comum a todas elas: o papel primordial de prevenir doenças e promover a saúde. O foco da filosofia e da terapêutica chinesa clássica é o de promover a melhor adaptação possível do indivíduo ao meio que o cerca, contando, para isso, com a participação

² Pontos que não tem indicação para o tratamento proposto.

consciente do paciente no processo de manutenção e responsabilidade sobre a sua própria saúde (Capra, 2006a). Um trecho colhido do primeiro livro de medicina interna na China, sobre a importância da prevenção da saúde, exemplifica tal ponto de vista:

Administrar remédios para doenças que já se desenvolveram[...] é comparável ao comportamento daquelas pessoas que começam a cavar um poço muito depois de terem ficado com sede, e daquelas que começam a fundir armas depois de já terem entrado na batalha. Não seriam essas providências excessivamente tardias? (Nei Jing³ *apud* Capra, 2006a, p.309).

Quanto à prevenção da saúde, observa-se na atual sociedade que um dos principais fatores de elevação dos riscos de adoecimento é o estresse, atingindo um marco de 40% da população de São Paulo (Lipp, 2004). O estresse pode, além de ter um efeito desencadeador do desenvolvimento de inúmeras doenças, propiciar um prejuízo para a qualidade de vida e a produtividade do ser humano, o que gera grande interesse das empresas e da sociedade para a determinação de suas causas e pela busca de métodos de sua redução (Sadir, Bignotto, Lipp, 2010).

Indaga-se, portanto, se é necessário que aqueles que prestam cuidados e assistência aos pacientes, estejam equilibrados e saudáveis para a realização de suas atividades. A equipe de Enfermagem tem sido exposta a ambientes de trabalho pouco saudáveis, submetidos, muitas vezes, a condições de trabalho precárias, com baixa qualidade de vida (Fugulin, Gaidzinski, Kurcgant, 2003). O ambiente hospitalar é reconhecido como frequentemente insalubre, penoso e também perigoso para aqueles que ali trabalham. É um local privilegiado para o adoecimento devido aos riscos ocupacionais, biológicos, químicos, físicos e psicossociais. Estas condições determinam um ambiente propício ao

³ The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine-Simple Questions (Huang Ti Nei Jing Su Wen). People's Health Publishing House, Beijing, primeira publicação a.C. 100.

desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e estresse (Pitta, 1999).

A organização dos serviços de Enfermagem em regimes de turnos e plantões, com excessiva carga de trabalho, limitado número de profissionais, problemas relacionais verticais e horizontais, desgaste psicoemocional decorrentes do lidar diariamente com a morte e as perdas, potencializam os danos à integridade física (Elias, Navarro, 2006). De fato, no ambiente hospitalar, a Enfermagem é responsável por 65% das ações de saúde (COFEN, 2013) e 70,7% dos serviços prestados por ela estão em unidades hospitalares, ficando a cargo dos auxiliares e técnicos a maior parte da força de trabalho. Ressalte-se que, em 1988, a Enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante no setor público (Delgado e Oliveira, 2005).

Com base nessas informações, enfatiza-se a importância da prevenção da saúde, de medidas que auxiliem o enfrentamento dos múltiplos desafios que são muitas vezes externos à vontade do trabalhador, mas que interferem demasiadamente em suas condições psíquicas e fisiológicas. Para a obtenção de uma condição energética mais equilibrada e estável, requisito este necessário para a não manifestação de doenças, a auriculoterapia pode ser uma prática não convencional de grande aceitabilidade, segurança e eficácia, pelo reconhecimento de seus efeitos positivos em distúrbios físicos, psíquicos e mentais (Kurebayashi, Gnatta, Borges et al, 2012a).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Descrever e investigar os níveis de estresse da equipe de Enfermagem do Hospital e suas correlações com variáveis sócio-demográficas da equipe de Enfermagem;
- Analisar a aplicabilidade da auriculoterapia chinesa com protocolo fechado e sem protocolo para redução dos níveis de estresse e melhoria de qualidade de vida;
- Averiguar os principais diagnósticos de Medicina Tradicional Chinesa para estresse e a aplicabilidade e eficácia dos pontos auriculares escolhidos;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemograficamente a equipe de Enfermagem do Hospital;
- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos profissionais que sofrem de níveis mais elevados de estresse;
- Avaliar os resultados obtidos antes e após 12 sessões de tratamento, *follow-up* de 30 dias e comparar os resultados entre o grupo protocolar fechado, grupo sem protocolo e grupo controle na redução dos níveis de estresse segundo Lista de Sintomas de Stress (LSS) de Vasconcellos, Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL) e melhoria de qualidade de vida segundo SF36V2;
- Verificar as associações entre variáveis como presença de morbilidade e diferentes níveis de estresse e avaliar a responsividade destes diferentes grupos ao tratamento;
- Verificar correlações de estresse e de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico;

- Listar os principais sintomas de estresse, relacioná-los com os diagnósticos de MTC e compará-los aos pontos auriculares escolhidos.

3 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Para obter a argamassa necessária para a construção e maturação de idéias e propostas que tangenciem esses dois campos distintos do saber, a auriculoterapia chinesa e a Enfermagem, alguns referenciais teóricos podem nos auxiliar a delimitar o presente estudo, a começar por definições, classificações, terminologias em uso sobre práticas integrativas e complementares, que de alguma forma refletem mudanças conceituais acerca das distintas racionalidades médicas⁴ e dilemas ético-legais quanto ao exercício destas práticas no Brasil. Propõe-se uma reflexão sobre o paradigma holístico na saúde, possíveis interfaces entre os fundamentos teórico-filosóficos da Enfermagem e MTC, um breve histórico sobre a Auriculoterapia francesa e Acupuntura auricular chinesa, suas diferenças conceituais, indicações e contraindicações. Será feita uma discussão sobre o papel das Práticas Baseadas em Evidências (PBE) na Enfermagem, na Acupuntura e Auriculoterapia e as pesquisas que têm sido realizadas na área. Buscar-se-á entender a fisiopatologia, as Fases do estresse, suas consequências sobre a Qualidade de Vida e, finalmente, avaliar segundo o olhar chinês, o evento do estresse e os principais padrões de desequilíbrio pela MTC implicados.

Está no bojo da questão o debate sobre o processo de incorporação de uma prática de saúde oriental que passa por uma “atualização” ocidental e que ao transformar-se, acultura-se, modifica-se ganhando novas vestes, teorias e ressignificações. As práticas oriental e ocidental de saúde partem de fundamentos distintos e cautela há que se ter para não reduzir e sintetizar a

⁴ Definida por Luz (1997) como um sistema lógico e teórico estruturado em cinco dimensões: a doutrina médica, a morfologia, uma dinâmica vital, um sistema de diagnose e um sistema de terapêutica.

riqueza e complexidade da medicina clássica oriental, que tem seu próprio cabedal de conhecimentos, teorias e práticas.

3.1 MEDICINA CLÁSSICA CHINESA E MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

A medicina chinesa não foi sempre homogênea e a mais importante mudança paradigmática pela qual historicamente passou, teve seu ponto alto a partir das mudanças políticas e ideológicas do comunismo (Birch e Felt, 2002a).

Em análise realizada sobre a homogeneização da medicina chinesa, pode-se afirmar que tal processo teve início a partir da retomada da medicina popular por Mao Tsé Tung, na República Popular da China. A medicina chinesa transitou de um paradigma místico e ritualístico para outro mais ocidentalizado e o processo de padronização da Medicina Clássica tem sido discutido por importantes historiadores da medicina chinesa, Unschuld (1985) e Birch e Felt (2002a).

O estudo realizado por Souza (2008) sobre as diferenças entre a medicina antigamente realizada na China e a medicina propalada a partir da República Popular da China é de profunda relevância para a compreensão do que hoje reconhecemos por Medicina Tradicional Chinesa no Ocidente. Segundo esse autor, o reavivamento da acupuntura e da MTC a partir de meados do século XX, deu-se por uma necessidade social, política e econômica de um país que se encontrava em absoluta pobreza e miséria. Por razões políticas, ideológicas e paradigmáticas, as concepções fundamentais da Medicina Clássica passaram por um processo de modificação, exclusão e redução, sendo enfatizados aspectos relacionados com o paradigma biomédico ocidental, essencialmente voltado para a cura de doenças. O trabalho desse autor consistiu exatamente em buscar analisar o modelo de prevenção e promoção de saúde, outrora fundamentais para a Medicina Clássica Chinesa e compreender o

contexto de aculturação e homogeneização desta medicina que passou a ser organizada e reestruturada para ser exportada para o Ocidente. Para ser aceitável e compreensível para os ocidentais, a MTC tomou por base as doenças ocidentais, definindo-se protocolos de pontos de acupuntura e ervas para tais doenças.

É preciso ressaltar que, atualmente há um conjunto de técnicas relacionadas à acupuntura, mas que não necessariamente tomam por base os fundamentos filosóficos da antiga prática chinesa. Segundo Gunn (2002), o termo “acupuntura” pode-se referir, no mínimo, a quatro terapias distintas com diferentes bases teóricas: a acupuntura clássica propriamente dita, a acupuntura científica ou médica, a acupuntura baseada em pontos gatilho e a acupuntura com estimulação elétrica.

A acupuntura clássica está estruturada sobre as bases filosóficas da medicina antiga, partindo de conceitos como Yin, Yang, Cinco Elementos, Zang Fu e outros princípios energéticos para a realização de diagnósticos. Diagnósticos estes realizados a partir de sinais observáveis e sintomas relatados, pela palpação do pulso radial⁵ e análise da língua (formato, cor, movimento, aspecto do revestimento etc). O mesmo se sucede com a Auriculoterapia chinesa que visa reencontrar o equilíbrio energético do corpo, prevenindo-o contra o adoecimento (Landgren, 2008; Garcia, 1999).

Entretanto, essa prática tem sido considerada “ingênu”, “antiquada”, “irracional” e tem sido rejeitada pelos médicos em favor de uma acupuntura científica, ocidentalizada, cujos princípios tomam por base conhecimentos de neuroanatomia, neurologia, imunologia etc. Segundo Souza (2008), esta última está centrada sobre o diagnóstico da doença, é padronizada, com fármacos e pontos de acupuntura pré-selecionados para cada doença e cuja avaliação

⁵ O pulso radial é uma prática comumente utilizada pelos praticantes de medicina chinesa clássica para diagnóstico de desequilíbrios energéticos nos órgãos (zang) e vísceras (fu) (WHO, 2007).

depende da mensuração objetiva de dados, que são colhidos por instrumentos de alta tecnologia.

Tais aspectos são considerados no presente estudo, pois espelham as atuais inquietações no campo das práticas não convencionais e, em especial, da acupuntura e auriculoterapia, quanto aos distintos olhares, percepções, filosofias e conceituações desenvolvidas concomitantemente no Mundo hoje. Não se pretende, porém, ser definitiva e conclusiva a discussão quanto à relevância da auriculoterapia protocolar ou não protocolar, individualizada. A proposta é exatamente a de levantar questões, desvelar percepções, aprofundar entendimentos e ampliar horizontes. Mesmo porque, ambas as abordagens têm apresentado resultados que entusiasma seus praticantes e não são necessariamente excludentes e conflitantes.

Intenciona-se buscar encontrar, à semelhança da cultura oriental, no dizer de Birch e Felt (2002a) e inspirada no Taoísmo (Wu, 2001), um caminho de aproximação entre diferentes, que permita a integração em meio à diversidade de técnicas, opiniões e princípios na direção de um novo conhecimento que flua multifacetado, porém integrado e contextualizado.

3.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÕES

Merece atenção uma breve justificativa sobre a terminologia aqui utilizada. São múltiplas as nomenclaturas encontradas mundialmente para designar **Práticas Integrativas e Complementares**.

Originalmente o termo “**Medicina Alternativa**” foi um termo institucional enunciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1962, como uma prática aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais (Luz, 2005). Neste contexto, em 2002, a OMS definiu como “**Medicina Tradicional**” (MT), no plano estratégico

para 2002-2005 de Medicina Tradicional, toda e qualquer prática de saúde que é considerada tradicional em dado lugar e que constitui a base para a medicina oferecida naquele país (WHO, 2002). Dentro da estrutura do Instituto Nacional de Saúde (NIH), o Congresso dos Estados Unidos criou, em 1992, o Centro Nacional para a **Medicina Complementar e Alternativa** (NCCAM, 2007). Em Cuba, a partir de 1996, impulsionou-se o desenvolvimento das técnicas complementares e, em 2002, foram incorporadas como especialidades no Sistema Nacional de Saúde, denominado **Medicina Tradicional Natural** (MTN) (Cuba, 1995).

No Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, vários são os documentos que surgiram ao longo da história para a introdução dessas práticas:

- em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, deliberou-se a introdução de **práticas alternativas** de assistência à saúde nos serviços de saúde (Brasil, 1986);
- em 1988, as resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAN – nº 4,5,6,7 e 8/88 fixaram diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura⁶, termalismo, fitoterapia e em **técnicas alternativas** de saúde mental (Brasil, 1988);
- em 1995, a formação do Grupo Assessor Técnico-científico em **Medicinas não-Convencionais**, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério de Saúde (hoje, Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA)(Brasil, 1995);
- em 1996, a X Conferência Nacional de Saúde aprovou, em relatório final, a “incorporação ao SUS, em todo o país, de práticas de saúde como a fitoterapia, a

⁶ A auriculoterapia ou acupuntura auricular é uma técnica coadjuvante à acupuntura sistêmica e pode ser inserida conjuntamente com a acupuntura.

acupuntura e homeopatia, contemplando as **terapias alternativas e práticas populares**”(Brasil, 1996);

- em 2003, deu-se a constituição do Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar a Plano Nacional de **Medicina Natural e Práticas Complementares** no SUS (Brasil, 2003);
- em 2004, é aprovada a Lei nº 13.717, de 8 de janeiro de 2004, de um Projeto de Lei nº 140/01, do Vereador Celso Jatene (PTB), dispondo sobre a implantação das **Terapias Naturais** na Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo(São Paulo, 2004);
- em 2006, a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, aprova a Política Nacional de **Práticas Integrativas e Complementares** (PNPIC) no SUS (Brasil, 2006a).

A terminologia “Práticas Integrativas e Complementares” foi utilizada pelo Ministério da Saúde em 2006, no documento que estabelece pela primeira vez a acupuntura como prática multiprofissional de especialistas da área da saúde. Intitulou-se por tais práticas um conjunto de terapêuticas, que incluem a acupuntura, auriculoterapia e outras terapias oriundas da China, a homeopatia, a medicina ayurvédica, a fitoterapia, massagem oriental, exercícios físicos orientais como Tai Chi Chuan, Lian Gong, Qi Gong, Terapia floral, Reiki, Yoga, Musicoterapia, Arteterapia etc.

O exercício da acupuntura pelo enfermeiro teve respaldo legal a partir da Resolução 197/97 pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para a prática da acupuntura e auriculoterapia e, atualmente, pela Resolução 326/2008, em substituição a outras Resoluções anteriormente expedidas (n.283/2002 e n.287/2003), regulamenta a atividade, dispõe sobre o registro da especialidade, dando sustentação e legitimidade ao exercício da acupuntura pelo enfermeiro (COFEN, 2008).

Sabe-se que a terapia de acupuntura tem uma longa história de utilização em diferentes sociedades e certamente não foi realizada somente por um restrito grupo de profissionais. No Brasil houve plena aceitação pelos Conselhos que a regulamentaram como especialidade, e apesar disso, o profissional médico tem sido privilegiado nos convênios médicos, na atuação junto ao Sistema Único de Saúde, nos Ambulatórios de Especialidades, Unidades Básicas de Saúde, hospitais etc. O grande poder político e ideológico exercido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelos médicos frente às instituições sejam elas privadas ou governamentais, tem excluído os demais profissionais da saúde da possibilidade do exercício da acupuntura, pela reivindicação da exclusividade da acupuntura como ato médico (Kurebayashi, Freitas, 2011).

Frente a tantas discordâncias e embates políticos, éticos e legais, substituir o termo medicina desses documentos por terapia ou prática, parece ser uma saída bastante apropriada e coerente. Segundo Nuñez (2002), o papel do médico para Hipócrates era o de auxiliar nas forças naturais, mediante a criação de condições mais favoráveis para o processo de cura e o termo “terapia”, do grego *therapeuin* (dar assistência, cuidar de) define o papel do terapeuta como o de um assistente para o processo de cura natural. E o termo “prática” vem do grego *praktiké* e significa “aplicação das regras e dos princípios de uma arte ou de uma ciência” (Priberam, 2010)⁷ e é bastante abrangente para as múltiplas técnicas a que se relacionam as práticas integrativas e complementares.

Nessa perspectiva, também se pode discutir o termo alternativa, complementar e integrativa. A palavra “alternativa” tem em uma de suas acepções o significado de “opção entre duas coisas, escolha, sucessão de coisas que se excluem entre si”(Dicionário da Língua Portuguesa, 2007). A utilização de uma prática não

⁷ Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/>

convencional não exclui necessariamente a medicina convencional alopática, portanto, tal terminologia não aborda integralmente o conjunto de terapêuticas não-convencionais. Por sua vez, o termo “complementar” significa “completar”, “que serve de complemento” e justifica-se sua escolha e adequação quando tais práticas são utilizadas como adjuvantes à medicina convencional. Muitas dessas novas/velhas práticas de saúde podem ser complementares à prática convencional ocidental, como ampliação de recursos terapêuticos para o cuidar (Salles, Kurebayashi, Silva, 2011).

Mas, o termo “integrativa” tem sido bastante utilizado nos últimos anos, pois consegue incorporar a concepção holística, multidisciplinar e colaborativa em concordância com uma nova forma de entender e abordar a saúde (Snyder e Lindquist, 2009). De fato, a palavra “integrar” significa “tornar(-se) inteiro, completar(-se)”. Muitas das práticas complementares advêm de sistemas médicos próprios, utilizados pelos povos que lhes deram origem, como a MTC e, portanto, são independentes da medicina convencional alopática. A idéia de integrar surge como uma possibilidade de suprimir a relevância de uma forma de medicina sobre outra.

Segundo Kurebayashi (2007), a palavra “medicina” no contexto da MTC não tem a mesma força de expressão que atribuímos às palavras “medicina” e “médico” nos países do Ocidente. A MTC não precisa necessariamente ser realizada por médicos e há a formação desses profissionais na China, tanto quanto a formação de médicos que estudam medicina ocidental e oriental (WHO, 2002). Os praticantes não-médicos na China, no período de Mao Tsé- Tung, em meados do século passado, eram formados em dois anos, aprendendo pelo menos 70 pontos de acupuntura e 200 ervas em média e eram denominados Médicos de Pés Descalços (Trevisan, 2006). Logo, o termo “médico” pela MTC não corresponde exatamente ao que a medicina ocidental atribui à figura do médico.

No contexto dos Estados Unidos, o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) do *National Institutes of Health* (NIH) adotou a nomenclatura *Medicina Alternativa e Complementar* (MAC) para designar esse grupo de sistemas de saúde, de práticas e produtos que não são considerados como integrantes da medicina convencional (NCCAM, 2007).

Segundo Snyder e Lindquist (2009), para o NCCAM, há uma classificação para as terapias complementares em cinco diferentes categorias:

(1) as terapias mente-corpo (*Mind-body*), que são intervenções como meditação, yoga, musicoterapia, oração, biofeedback, tai chi chuan, arteterapia, etc;

(2) as terapias com base biológica (*Biologically based therapies*), que são terapias que se utilizam de substâncias encontradas na natureza (ervas, óleos, medicina ortomolecular, dietoterapia, etc);

(3) as terapias corporais (*Manipulative and body-based therapies*), que contemplam a quiropraxia, massagem, rolfing, etc;

(4) as terapias vibracionais (*Energy therapies*), que focam terapias como Toque terapêutico, Reiki, Qi Gong, magnetoterapia, etc;

(5) a Medicina Integrativa (*Whole Medical Systems*), nesta categoria se insere a MTC, a Medicina Ayurvédica, etc.

A auriculoterapia chinesa pertence à última categoria (*Whole Medical Systems*) e faz parte de um conjunto de técnicas de um sistema médico, que tem sua própria teoria, cujos fundamentos são distintos, por vezes dicotômicos com as concepções ocidentais biomédicas.

Em função do exposto, consideramos de grande relevância refletir sobre tais diferenças conceituais e buscar encontrar elos,

parâmetros de comparação entre os aspectos teórico-filosóficos da Enfermagem e o olhar holístico e fundamentado em energia da MTC.

3.3 PARADIGMA HOLÍSTICO NA SAÚDE E INTERFACES ENTRE A ENFERMAGEM E MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

Etimologicamente, o termo holismo deriva do grego “*holos*”, que significa “doutrina que dá prioridade ao entendimento global e não analítico dos fatos”, ou ainda, “doutrina que considera os fenômenos biológicos e psicológicos em sua totalidade ou como um todo” (Borba, 2005). Concebido como um princípio absoluto, o holismo se contrapõe ao reducionismo, referindo-se a uma abordagem filosófica do cuidado de saúde apoiada no todo e não em partes. Essa abordagem não é exatamente um caminho novo. Basta observar os sistemas de saúde de outras épocas e em outros contextos culturais, como por exemplo, a MTC (Capra, 2006b).

Mesmo Hipócrates, o Pai da Medicina Ocidental, propunha orientações holísticas quando ensinava os médicos a observarem seus pacientes segundo o estado emocional, condições de vida e ambiente, constituição pessoal e experiências subjetivas pessoais do adoecer. Sócrates concordava com esse ponto de vista quando declarou que curar a alma seria a primeira medida a ser tomada (Fontaine, 2011a).

É surpreendente observar, historicamente, que dois filósofos do século VI aC, um na China e outro na Grécia, desenvolveram concepções de mundo tão similares. Lao Tsé, no Taoísmo chinês e Heráclito de Éfeso, na Grécia. À semelhança da idéia chinesa do Tao, que se manifesta na interação cíclica do Yin e do Yang, Heráclito comparou a ordem do mundo a um fogo que permanecia eternamente vivo, ora acendendo, ora extinguindo-se em mudança contínua e movendo-se a partir de pares de opostos. Heráclito tem

sido frequentemente mencionado em temas ligados à Física moderna e sua vinculação com o Taoísmo é inegável (Capra, 2006a).

Presume-se que o antigo chinês observava pacientemente a natureza, percebeu que os padrões cíclicos naturais interferiam sobre seu corpo e que o homem era um reflexo microcósmico de um todo muito maior que engloba todas as forças da natureza. Ele era uma ponte entre o Céu e a Terra, composto de energia e matéria, de alma e corpo. Estas forças representavam as muitas faces do Qi (Holland, 2000).

O Ocidente, por outro lado, fez um caminho diferente, cujo olhar sobre o universo abraçou a perspectiva linear, sequencial, matemática, lógica e fundamentada em pensadores como René Descartes (1596-1650) e nos princípios de física de Isaac Newton (1642-1727). A Idade Moderna foi determinante para o modelo biomédico e a revolução científica determinou uma concepção de mundo voltada para fenômenos matemáticos quantificáveis, em detrimento do todo e do sistêmico. O corpo humano passa a ser concebido como uma máquina composta por pequenos componentes que precisam ser abordados em separado. O foco é a doença, que resulta de um mau funcionamento de elementos estritamente fisiológicos, biológicos, cujos sintomas e disfunções precisam ser eliminados (Capra, 2006a).

Nesse ponto de vista, a Saúde é entendida como a ausência de doenças e se espera um tratamento rápido, agressivo para exterminar a enfermidade com medicações e cirurgias, em situações em que haja problemas agudos emergenciais, traumas, infecções bacterianas e doenças que necessitam de intervenção cirúrgica. O tratamento é basicamente o mesmo para as pessoas que sofrem de uma mesma enfermidade (Fontaine, 2011a).

Tal tendência é prevalente na Idade Contemporânea e finda por determinar caminhos assistenciais de saúde centrados no médico, no sistema biomédico e na tecnologia de alto custo. E, neste sentido, nem sempre as pessoas são convidadas a assumir uma

atitude de co-responsabilidade, de participação na manutenção da própria saúde (Carneiro e Soares, 2004).

Por outro lado, na MTC, o principal foco é a prevenção. Comenta-se que nos primórdios da cultura chinesa, os médicos não recebiam seus honorários se os pacientes adoecessem. Na concepção chinesa de saúde, a doença não é um agente intruso, mas a consequência de um conjunto de causas que resultam em desarmonia e desequilíbrio (Snyder e Lindquist, 2006).

Eram considerados “superiores” aqueles médicos que conseguissem reconhecer prematuramente os desequilíbrios antes do adoecimento, enquanto os médicos “inferiores” seriam aqueles, a quem só lhes restava tratar a doença já instalada e seus sintomas (Wang, 2001).

Interessante observar em textos antigos atribuídos a Zhou Li Tian Guan, citações que exemplificam a importância que a prevenção à saúde tem para os trabalhadores ligados à saúde nesse período:

O doutor principal supervisiona todas as questões relativas à medicina e faz a coleta das drogas para propósitos medicinais. Ele dirige os outros doutores a se encarregarem dos diferentes departamentos, de forma que permita aos doentes ou feridos irem até eles. No final do ano, o trabalho que realizaram é examinado e o salário de cada um é fixado de acordo com os resultados apresentados. Se em todos os casos houver cura, é excelente; se houver um fracasso em cada dez casos, fica sendo o segundo; se for de dois de cada dez, terceiro; três de dez, o quarto; e se for quatro entre dez, é ruim (Birch e Felt, 2002a, p.10).

A concepção do binômio saúde-doença tende a se transformar no século XXI, pois apesar da modernização e sofisticação da medicina ocidental, ela tem se mostrado limitada para resolver os múltiplos problemas de saúde, decorrentes das mudanças ambientais, climáticas, sociais, dos desafios do envelhecimento populacional, da sobrecarga de usuários e do alto custo dessa medicina (Capra, 2006a).

Dentre os três motivos considerados por Snyder e Lindquist (2010), sobre o crescente interesse sobre as terapias

complementares, está a abordagem holística e integral da pessoa. Outra razão é a de que as pessoas querem ter poder (*empowerment*) e se envolver com as decisões, querem ser esclarecidas sobre o que estão vivenciando. A terceira razão seria a de que essas terapêuticas melhoram a qualidade de vida e apresentam poucos efeitos colaterais medicamentosos.

De fato, observou-se que a partir dos anos de 1960 houve um grande crescimento do uso de práticas denominadas alternativas, complementares, integrativas ou holísticas nos diversos espaços da sociedade, em instituições e serviços públicos de saúde. Para justificar tal expansão, Souza e Luz (2009) realizaram uma reflexão sugerindo que os motivos para tal crescimento não seriam somente resultantes de questões sobre insatisfação ou ineficiência da medicina ocidental contemporânea ou do sistema público de saúde, embora fossem fatores inegáveis. Eles sugerem, sobretudo, que essa “orientalização” do Ocidente foi resultante de uma mudança de valores, de escolhas culturais e terapêuticas, de uma transformação do que se entende por saúde, doença, tratamento e cura.

Ao refletir sobre o aumento da busca por terapias alternativas, Souza e Luz (2009) citam um primeiro importante aspecto: a crise da saúde é uma decorrência de problemas de natureza sanitária e epidemiológica, que poderiam ser resolvidos mediante políticas adequadas, mas que são a consequência inevitável da evolução do capitalismo globalizado, com o agravamento de desigualdades sociais, intensificação de problemas como desnutrição, violência, doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas.

Um segundo aspecto para explicar a intensificação da busca por novas práticas terapêuticas seria a expectativa das pessoas de encontrar respostas diferentes daquelas ofertadas pela medicina convencional ocidental. As novas terapêuticas conseguem responder às novas demandas da sociedade, com relação ao alívio do “sofrimento” naquilo que se denominou “pequena epidemiologia do mal-estar” (Joubert 1993 apud Souza e Luz, 2009, p.397). Essa

síndrome seria caracterizada por dores imprecisas, depressão, ansiedade, pânico, males de coluna vertebral etc, vivenciadas de forma cada vez mais intensa pela população em geral nas sociedades pós-modernas. As novas práticas valorizam o sujeito, sua relação com o terapeuta e não é preciso tecnologia excessiva: a saúde é o elemento central da terapêutica.

Ao findar sua análise reflexiva, Souza e Luz (2009) concluem que mesmo após o movimento da contracultura ter plantado sementes há mais de três décadas, o individualismo permanece hegemônico e em contraposição a valores individualistas em relação ao planeta. Destaca-se o papel da ecologia e o crescimento e oferta de práticas complementares que sejam mais condizentes com o novo paradigma da saúde. Nessa linha de pensamento, Fritjof Capra já havia feito, na década de 1980, sérias advertências sobre a conscientização da sociedade, das instituições e governantes quanto à manutenção da vida, da saúde planetária e do homem:

Em nossa sociedade, entretanto, uma abordagem verdadeiramente holística reconhecerá que o meio ambiente criado por nosso sistema social e econômico, baseado na visão de mundo cartesiana, fragmentada e reducionista, tornou-se uma séria ameaça à nossa saúde. Uma abordagem ecológica da saúde só terá sentido, portanto, se for acompanhada de profundas mudanças em nossa tecnologia e em nossas estruturas sociais e econômicas (Capra, 2006a, p.313).

A propósito, o novo paradigma emergente expandiu-se a partir da visão einsteiniana, da teoria da relatividade, da Física Quântica, da nova biologia e ecologia. E, na saúde, os seres humanos passaram a ser entendidos como campos de energia que se interpenetram e se influenciam mutuamente com o ambiente (Capra, 2006b). Considera-se, a partir de tal ponto de vista, o universo como uma rede de relações entre todas as coisas, por meio do qual se estabelecem conexões em todas as direções. Este é um universo não atomístico, onde o todo é muito mais do que a soma das partes (Boff, 2004).

Com a mudança gradativa de concepção de mundo no Ocidente, a retomada de antigos conceitos orientais tornou-se possível. Esses conhecimentos foram exaustivamente revisados, reescritos, adaptados e modernizados por estudiosos de diferentes períodos históricos e foi escrito por muitas mãos (Birch e Felt, 2002a).

Conceitos cosmológicos como Qi, Teoria do Yin e Yang⁸, Cinco Movimentos⁹, Fisiologia energética do Zang Fu, meridianos de energia nos canais e colaterais, pontos de acupuntura, são preceitos desenvolvidos no decorrer de milênios com base no Taoísmo¹⁰. Os textos mais antigos datam de 100 a 200 a.C. para o Huang Di Nei Jing e por volta de 100 a 200 d.C. para o Nan Jing. Esses textos foram reescritos e reinterpretados no decorrer de milênios e traduzidos em diversas línguas. Os conceitos neles contidos mantiveram-se historicamente, pois a língua chinesa não sofreu grandes alterações, permitindo assim a manutenção dos tesouros culturais desse país (Birch e Felt, 2002a; Souza, 2008).

Assim, foi possível resgatar os fundamentos dessa medicina, que desenvolveu um diagnóstico próprio, fazendo uso da observação minuciosa da língua, da orelha, do pulso radial e outros métodos diagnósticos que incluem palpação, olfação, ausculta, observação e interrogatório, estabelecendo padrões de desequilíbrio de cada órgão e víscera, dos canais de energia e meridianos, definindo princípios de tratamento e escolhendo formas de tratamento mais adequadas a cada pessoa, em uma dada situação (Maciocia, 2007).

⁸ Conceito filosófico chinês antigo, que se refere a dois pólos opostos componentes da matéria na natureza e que embora opostos, são interdependentes e complementares (WHO, 2007).

⁹ Teoria cosmológica que classifica os fenômenos do universo em cinco elementos: terra, metal, madeira, fogo e água (WHO, 2007).

¹⁰ Tradição ancestral filosófica e religiosa, que toma por base o Tao, que em chinês pode ser traduzido por “caminho”, “vazio” ou “absoluto”. É a soma de todas as coisas, o Um, como síntese do Todo (Cherng, 2001).

A auriculoterapia chinesa, prática abordada no presente estudo, faz parte do conjunto dessas técnicas desenvolvidas pela MTC há pelo menos 2500 anos, utilizada em conjunto com a acupuntura sistêmica, fitoterapia, dietoterapia, massagem, moxabustão¹¹, ventosa¹² e exercícios físicos, com o intuito de restabelecer o equilíbrio energético e buscar o bem-estar do indivíduo (Landgren, 2008). Portanto, para a MTC, qualquer técnica busca retomar o equilíbrio e fluir energéticos, seja pelo exercício físico, pelas ervas, pela massagem, pela utilização de microssistemas como o da orelha.

A par destas informações, questiona-se se é possível estabelecer uma análise comparativa entre a Ciência da Enfermagem, seus fundamentos teórico-filosóficos e definir nexos com a MTC. Parte-se da premissa de que realizar estudos comparativos e transculturais pode ampliar horizontes e auxiliar na busca de soluções aos novos desafios que se apresentam no campo da saúde (Capra, 2006a).

Ao se buscar tecer uma comparação das principais similaridades entre fundamentos da MTC e da Enfermagem, algumas teorias de Enfermagem que contemplam aspectos holísticos permitem estabelecer, pelo menos em teoria, elos comparativos interessantes entre essas duas Ciências do conhecimento.

Florence Nightingale foi a primeira grande teorista de Enfermagem e buscou desenvolver a ciência de Enfermagem definindo o processo restaurador ao colocar o paciente em um ambiente que lhe proporcionasse as melhores condições para o seu restabelecimento natural e autocuidado. Nessa perspectiva, à semelhança do olhar chinês, Florence acreditou que o ser humano

¹¹ Tratamento realizado com a queima da Artemísia, estimulando pontos de acupuntura com o calor.

¹² Tratamento realizado a partir da sucção da pele com campânulas de vidro e outros materiais.

tem uma força vital de recuperação para lidar com as doenças e o objetivo da Enfermagem é o de colocar o indivíduo na melhor condição para defender-se do adoecimento e conseguir promover a autocura (Nightingale, 2010).

Florence, que possuía uma forte personalidade, visão e habilidade prática para a organização, trouxe para a Enfermagem fundamentos sobre os quais se desenvolveram os princípios técnicos, educacionais e éticos, que acabaram por impulsionar a profissão (Oguisso e Schmidt, 2007).

Na esteira das teóricas de Enfermagem, cujos modelos compartilham bases holísticas, cita-se Callista Roy (1984), que em sua teoria sugere que cada sistema corporal está em contínua interação com o ambiente. No modelo de adaptação de Roy, os homens são vistos como sistemas biopsicosociais que interagem com o meio ambiente. A saúde é entendida como um processo de ser e estar integrado com o todo, na relação pessoa-ambiente. O objetivo da Enfermagem seria, portanto, o de promover a melhor resposta adaptativa ao meio e aos seus estímulos, buscando atingir o equilíbrio e o bem-estar. As intervenções de Enfermagem afetam o processo de adaptação fazendo decrescer, aumentar, modificar, remover ou manter tais estímulos internos e externos, de forma a possibilitar a manutenção da saúde (Polit e Beck, 2010).

Outra teórica seria Dorothea Orem, que teria explicitado - na teoria do Autocuidado -, o ímpeto inato que o ser humano tem de cuidar de si mesmo e que cabe à Enfermagem ser um facilitador e um agente de mudança. Neste contexto, é importante citar Myra Levine que, em 1971, publicou o primeiro artigo em que o termo “Enfermagem holística” foi usado, enfatizando que o conceito de holismo seria o mais importante princípio que distingue a Enfermagem da Medicina. Ressalte-se que tal afirmação está relacionada ao cuidado oferecido pela Enfermagem quando vislumbra um olhar totalizante em contraposição à abordagem reducionista da medicina convencional (Mantle, 2005).

Ainda, em 1979, Jean Watson definiu a Teoria da Ciência Humana e do Cuidar Humano. Neste modelo, o enfermeiro deve visualizar as necessidades humanas numa abordagem holística-dinâmica, ser coparticipante na luta do paciente pela auto-atualização. O paciente é colocado no contexto da família e da comunidade (Vall, Lemos, Janebro, 2005).

A teoria transpessoal de Watson(1988) oferece a sua contribuição quando indica que o cuidado é um processo intersubjetivo e só pode ser demonstrado e praticado de humano-para-humano. A Enfermagem tem um importante papel, já que, para cuidar do outro é necessário que realize o seu próprio cuidado. Assim, o autocuidado é alicerçado na harmonia, na paz interior, no conhecimento e transformação do *self*, na conexão da pessoa com o meio e com o divino. Desta forma, quem se cuida conseguirá promover melhoras na sua qualidade de vida pessoal e consequentemente nos cuidados que ofereça a outrem.

No Brasil, em 1979, a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta foi desenvolvida a partir da motivação humana, fundamentada em Maslow, englobava leis que regem os fenômenos universais: a lei do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica), a lei da adaptação (interação do ser humano com o universo) e a lei do holismo (universo é um todo, o ser humano é um todo e esse todo não é mera soma das partes) (Leopardi apud Vall, Lemos, Janebro, 2005).

No presente estudo, entretanto, foi escolhido o modelo conceitual de Martha Elizabeth Rogers como referência teórica, por ser uma proposta inovadora e por ter estabelecido princípios em consonância com as mudanças paradigmáticas no campo da Enfermagem, quando estabelece a energia como um dos princípios desse modelo. Tal teoria tem recebido atenção pelos pesquisadores de Enfermagem em práticas complementares e muitos estudiosos têm dado continuidade aos seus ensaios teóricos buscando desenvolver uma práxis coerente com os princípios desse modelo.

Por volta de 1970, Rogers¹³ lança sua terceira publicação, definindo as bases da Ciência do Ser Humano Unitário. Esta renomada teórica definiu o ser humano como o centro do fenômeno de interesse da Enfermagem e foi fonte de inspiração de uma nova geração de teóricos (Blumenschein, 2009).

Elizabeth Barrett, uma das fundadoras da *Society of Rogerian Scholars*, estudiosa de Rogers, explica que a chave para o sistema conceitual da *Ciência do Ser Humano Unitário* é o que se intitula “Princípios da Homeodinâmica”. Essa teoria consiste em três princípios fundamentais: *integralidade*, *ressonância* e *helicidade*. À integração constante e total dos campos humano e ambiental, Rogers chamou de *integralidade*. Às mudanças contínuas que ocorrem entre ambos, com variadas frequências de onda, intensidade e velocidade de respostas, chamou de *ressonância*. E, por fim, aos padrões de resposta provocados pelas contínuas modificações que ocorrem nos campos humano e ambiental, denominou *helicidade*. A idéia é que essas interações têm uma única direção e o processo passado é incorporado ao presente num ritmo dinâmico e não linear (Barrett, 2003). Na esteira desses pensamentos, a autora ainda explica que aquilo que percebemos cotidianamente como tempo e espaço – após as descobertas de Einstein e da física quântica – passa a ser compreendido cada vez mais como um fluir contínuo de mudanças.

Nesta mesma direção, a crença chinesa é a de que todas as formas de vida, pessoas, a Terra, o universo estão conectados por uma energia cósmica, portanto, a saúde é proveniente do equilíbrio do Qi¹⁴ do corpo humano em sua inter-relação com o meio ambiente. Nunca se pode perder de vista o relacionamento entre indivíduos,

¹³ Rogers ME. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F. A. Davis; 1970.

¹⁴ Qi pode ser entendido por um tipo de energia que permeia e sustenta os seres vivos e que são encontradas em vários sistemas de crenças, presentes em culturas de todo o mundo, especialmente no Oriente.

comunidade, sociedade e natureza (Fontaine, 2011b). Do mesmo modo, o praticante de MTC não deve deixar de estar equilibrado, saudável, pois interage constantemente com seus pacientes.

Na concepção chinesa de saúde, a doença não é um agente intruso, mas a consequência de um conjunto de causas que resultam em desarmonia e desequilíbrio (Hicks, Hicks, Mole, 2011). O não fluir do Qi, a sua estagnação, seria um dos principais causadores de enfermidades. Para os chineses, somente adoecemos quando não conseguimos estar em movimento, quando não há troca e transformação de Qi entre os sistemas que compõe o corpo e desses com o meio ambiente (Maciocia, 2007). O que se entende pelo processo saúde-doença difere do contexto ocidental. Os textos antigos chineses não traçam uma linha divisória nítida entre a saúde e a doença, pois ambos são considerados como naturais e partem de uma sequência contínua (Capra, 2006b).

Esta teoria vem propor uma visão radicalmente distinta daquela que tem se encontrado na realidade da Enfermagem, permitindo tecer novos enredos de práticas e assistência, educação e pesquisas. Segundo Barrett (2003), quando a teoria de Rogers foi publicada pela primeira vez revelou-se como uma contradição clara a todas as teorias em uso até então, sendo possível estabelecer elos de similaridade com a visão oriental de Mundo.

Meleis(1995) considera a Teoria de Martha Rogers como “congruente com a visão oriental”, o que a levará a se desenvolver na próxima década, congruente ainda com os valores da Enfermagem como profissão e “com as emergentes percepções da humanidade” (Meleis apud Carneiro e Soares, 2004, p.87).

Diante das considerações realizadas, entendemos que a Enfermagem, na atualidade, pode vir a ter um papel de grande relevância na construção de práticas voltadas para o holismo, a partir da valorização do discurso, sentimentos, auto estima do cliente (Silva e Leão, 2004). As teorias de Enfermagem aqui apresentadas demonstram a trajetória de evolução de um saber e fazer específicos

da profissão, que se caracterizou no passado e demonstra no presente uma forte vertente holística. A Enfermagem pode, portanto, contribuir plenamente para a implantação de terapêuticas complementares e integrativas, no âmbito dos cuidados que realiza e na divulgação destas, nos diversos campos em que atua.

3.4 O PAPEL DAS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS (PBE) NA ENFERMAGEM, NA ACUPUNTURA E AURICULOTERAPIA

A Prática Baseada em Evidências (PBE) surgiu a partir da necessidade de atualização e de confiabilidade das práticas clínicas, buscando estabelecer um elo entre pesquisa e prática clínica. A bioestatística e a epidemiologia foram campos do conhecimento que se somaram a outras áreas do conhecimento biomédico para avaliar a evidência clínica quanto à validade e utilidade de um dado recurso, instrumento e procedimento de saúde (Sackett, Straus, Richardson et al, 2003).

A PBE em Enfermagem auxilia a encontrar as melhores decisões para promover resultados positivos, levando-se em conta a situação, o contexto cultural, os recursos, preferências dos pacientes e experiência clínica baseada em julgamento e reflexão pessoal (Fontaine, 2011c).

Tal movimento foi influenciado por estudiosos como David Sackett e A.L. Cochrane e teve uma rápida expansão nos últimos 20 anos. A ênfase da *Cochrane Collaboration* tem sido a revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados para problemas relativos à saúde. Em 1998, porém, a Fundação Cochrane estabeleceu o *Qualitative Research Methods Working Group*, com o objetivo de dar suporte metodológico e inclusivo para os dados qualitativos, organizando instrumentos técnicos para a realização de revisões bibliográficas de pesquisas qualitativas (Lopes e Fracoli, 2008).

Os estudos quantitativos respondem melhor a questões de pesquisa que buscam a causa, prognóstico, diagnóstico, prevenção, tratamento ou custos sobre saúde. Mas, questões que sugerem reflexões mais subjetivas, sobre percepções, significações, experiências sobre doença, sentimentos e emoções dos pacientes sobre os efeitos de alguma técnica são mais bem contempladas pela pesquisa qualitativa (Cassidy, 2005). Esse último tipo de pesquisa combina a natureza científica e artística da Enfermagem, permitindo uma análise cuja abrangência e profundidade reflita o seu cuidar. Nessa expectativa, o Instituto Joanna Briggs tem realizado um importante trabalho para o reconhecimento dos resultados não-quantitativos na pesquisa em saúde, como uma legítima evidência de PBE (*The Joanna Briggs Institute*, 2008).

De qualquer forma, seja pela pesquisa qualitativa ou quantitativa, a Enfermagem tem em mãos importantes instrumentos para a implantação de novas abordagens em sua área de atuação com a incorporação, na prática clínica, dos resultados de pesquisas, que é um dos pilares da PBE. O enfermeiro precisa, portanto, saber como obter, interpretar e integrar as evidências advindas de pesquisas para tomada de decisões sobre a assistência a ser prestada nas múltiplas áreas em que atua.

No estudo quantitativo pode-se realizar uma classificação da força de evidência pelas características da pesquisa. Quanto mais bem delineada, maior a evidência e os resultados têm maior impacto e credibilidade no meio científico. Há uma classificação hierárquica das evidências para pesquisas quantitativas. A avaliação de pesquisas ou outras fontes de informação é baseada na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América. Ressalte-se que existem outras classificações de evidências que incluem também as pesquisas qualitativas como fontes de evidências (Galvão, 2003).

A missão da *Agency for Healthcare Research and Quality* (EUA) é a de melhorar a qualidade, segurança, eficiência e eficácia

do cuidado de saúde a todos os americanos. Pretende-se que tenha um impacto real na melhoria do cuidado de saúde pelo apoio à investigação da qualidade dos serviços de saúde e à transferência da pesquisa para a prática, a partir da divulgação e disseminação aos profissionais, acadêmicos, aos líderes de saúde, influenciando o ensino e as políticas de saúde. Dada a relevância do papel do enfermeiro, pode-se dizer que a Enfermagem tem um estreito relacionamento positivo com os objetivos e missão preconizados por essa instituição (Sharp, Hubbard, Jones, 2004).

A *Agency for Health Care Research and Quality* define os níveis de qualidade de evidência a partir do propósito dos estudos. Os níveis de qualidade de evidência para terapias de prevenção, prognóstico, diagnóstico, por exemplo, para definir solidez científica podem ser divididos em 5 níveis:

1. Nível de evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados controlados bem delineados;
2. Nível de evidência forte de, pelo menos, um estudo randomizado controlado de delineamento apropriado e tamanho adequado;
3. Evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós, coorte, séries temporais ou caso-controle;
4. Evidência de estudos bem delineados não experimentais, realizados em mais de um centro ou grupo de pesquisas;
5. Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitê de especialistas.

O estudo randomizado controlado é considerado “padrão-ouro” na PBE e é excelente desenho de pesquisa para avaliar a eficácia de intervenções de saúde. É um tipo de pesquisa apropriado para a avaliação da eficácia de intervenções de Enfermagem, pois

permite uma divisão aleatória dos pacientes em grupos, com um grupo controle assegurando os resultados obtidos. Entretanto, cabe ressaltar que há controvérsias quanto ao uso exclusivo deste tipo de pesquisa, que está mais focado na Enfermagem como ciência do que propriamente como arte, comprometendo as raízes holísticas da profissão (Upton apud Fontaine 2011c).

Quanto à acupuntura e auriculoterapia, essas práticas têm experimentado um aumento expressivo de pesquisadores, tanto daqueles que a praticam, quanto por aqueles que se submetem ao tratamento.

Um levantamento das publicações em acupuntura, auriculoterapia e modalidades afins na língua inglesa, espanhola e portuguesa, de 1999 a 2009, dos 137 resumos disponibilizados bem delineados, 56 foram ensaios clínicos randomizados nos bancos de dados da MEDLINE, LILACS e PUBMED. Os ensaios clínicos controlados têm sido utilizados como referência nas metodologias de pesquisa em epidemiologia. Dessa forma, observa-se que também nos estudos de acupuntura publicados pelos enfermeiros, os ensaios passaram a ser utilizados na investigação da eficácia de procedimentos, técnicas, pontos de acupuntura para controle de sintomas em doenças específicas, em idosos, crianças e neonatos, em saúde da mulher, obstetrícia e reabilitação músculo-esquelética. Somente duas foram as metanálises encontradas neste período, ambas de 2006, nos Estados Unidos, referentes ao uso de acupontos para o controle de náusea e vômito no pós-operatório em crianças e adultos. Nas pesquisas publicadas foi encontrado um número maior de acupuntura realizada por acupressura, isto é, como procedimento não-invasivo, sem utilização de agulhas, realizado de forma manual sobre pontos de acupuntura. Em 10 anos, foram encontrados apenas 10 trabalhos de acupuntura sistêmica invasiva e apenas 7 trabalhos de auriculoterapia realizados por enfermeiros (Kurebayashi, 2011).

Finalmente, tais resultados demonstraram a preferência que o enfermeiro tem tido pela acupuntura como procedimento adjuvante não invasivo nas áreas em que atua. Não foram encontrados ensaios clínicos aleatorizados realizados pelos enfermeiros brasileiros e a produção de pesquisas nessa área ainda é pequena. Concluiu-se que a Enfermagem brasileira tem poucas publicações de acupuntura como recurso terapêutico em seu cotidiano.

Quanto à auriculoterapia especificamente, outro levantamento foi feito de 2005 a 2009, nas mesmas bases de dados LILACS e PUBMED, com resumos em português, espanhol e inglês, com o descritor “auriculoterapia”. Foram encontrados 56 artigos, com similaridade quanto à predominância de pesquisas feitas em países orientais ou ocidentais, o que demonstra o crescente interesse pela prática nesse período de cinco anos. Não obstante a importância que Paul Nogier e Raphael Nogier têm para a auriculoterapia moderna francesa, não foram encontradas publicações traduzidas em inglês de suas pesquisas.

Nesse levantamento de 2005 a 2009, de um total de 56(100%), observou-se que, em 2005, foram encontrados 7 resumos disponibilizados de estudos de auriculoterapia em diversos países na Europa, equivalente a 12,5%; em 2006 foram encontrados 13 estudos (23,2%); em 2007, 12(21,4%) estudos; em 2008, 17 estudos (30,4%) e em 2009, 7 estudos (12,5%). Houve uma porcentagem maior de pesquisas provenientes da China (10/17,9%) e Alemanha (9/16,1%). No Brasil, verificaram-se 4 estudos(7,1%), 2 em 2006 e 2 em 2007.

E com relação ao tipo de pesquisas, os ensaios clínicos controlados randomizados (RCT) foram em número de 35, correspondente a 62,5% de um total de 56(100%). Foram encontradas somente 2 revisões sistemáticas (3,6%) e 1 metanálise (1,8%). Em relação às pesquisas realizadas por enfermeiros, foram encontradas apenas três: um ensaio clínico controlado randomizado,

publicado na China em 2008, cujo objetivo era avaliar mudanças no nível de incapacidade em idosos com lombalgia após tratamento com auriculoterapia; outra pesquisa clínica, de 2007, na Coreia, cujo objetivo era avaliar os efeitos e a duração da acupuntura auricular no tratamento da insônia; e o único estudo realizado por enfermeiros encontrado na América Latina, é do ano de 2008, em Cuba, que utilizou a auriculoterapia associada à fitoterapia para o tratamento de transtorno generalizado de ansiedade (Kurebayashi e Do Prado, 2011).

A modalidade mais utilizada nas pesquisas foi a acupuntura auricular com agulhas. Entretanto, foram encontrados estudos com auriculopressura, eletroacupuntura auricular, auriculoterapia com sementes ou pérolas/esferas magnéticas e auriculoterapia associada a outras práticas, como acupuntura sistêmica, fitoterapia, aromaterapia e moxabustão.

Em vista de tais levantamentos, dada a exiguidade de pesquisas de auriculoterapia realizadas por pesquisadores enfermeiros, pode-se concluir que a Enfermagem, especialmente no Brasil, tem um longo caminho pela frente para incorporar a prática da acupuntura e da auriculoterapia na sua assistência.

3.5 O ESTRESSE LABORAL E QUALIDADE DE VIDA

A palavra estresse tem sido associada a sensações de desconforto, sendo cada vez maior o número de pessoas que se definem como estressadas. O estresse é quase sempre visualizado como algo negativo que ocasiona prejuízo no desempenho global do indivíduo; logo, o elemento estressor pode ser uma situação ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça que pode ser de origem interna ou externa (Lipp, 2004).

Na área da saúde, estudos têm sido realizados sobre o estresse na equipe de Enfermagem, identificando as principais

fontes geradoras de estresse na atuação do enfermeiro nas diferentes áreas de instituição hospitalar e se a atividade profissional desenvolvida nos setores influencia os níveis de estresse e ansiedade. No âmbito nacional existe um consenso de que esta profissão é estressante e as pesquisas se concentram, em sua maioria, no profissional enfermeiro (Gatti, Leão, Silva et al, 2004).

Dada à relevância do estresse laboral em Enfermagem, pesquisas têm sido realizadas no decorrer da última década, buscando compreender os principais fatores predisponentes ao estresse (Coelho Neto e Garbaccio, 2008; Elias e Navarro, 2006; Ferreira e De Martino, 2006; Silva e Melo, 2006 Murofuse, Abranches, Napoleão, 2005).

Dentro dessa linha, a revisão de literatura realizada por Ferreira e De Martino (2006) sobre o estresse na Enfermagem, reitera que os principais fatores causadores de estresse apontados na equipe foram a dupla jornada de trabalho, alta responsabilidade, trabalho com pacientes graves, falta de pessoal qualificado e alta demanda de pacientes.

No contexto hospitalar, a equipe de Enfermagem constitui a maior força de trabalho e as atividades realizadas pelos seus profissionais são marcadas por diversos fatores condicionantes negativos, entre eles, a divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal, que tem repercutido em elevado índice de absenteísmo e afastamento por doenças (Barboza e Soler, 2003; Silva e Melo, 2006).

Somem-se a esses fatores os regimes de turnos e plantões, a excessiva carga de trabalho, os riscos de acidentes, o número limitado de profissionais e o desgaste psicoemocional, que tornam as atividades dos profissionais da saúde desgastantes, potencializando os danos às integridades físicas e psíquicas (Elias e Navarro, 2006).

Cabe ressaltar ainda, que o trabalho de Enfermagem ainda é eminentemente feminino (Leite, Silva, Merighi, 2007). A sobrecarga excessiva de trabalho, advinda não somente do ambiente de trabalho, somadas às atividades do lar, à maternidade, à falta absoluta de tempo para o cuidado consigo próprias e, sobretudo, a pouca consciência sobre a importância de cuidado e do usufruir da vida, são aspectos comuns a muitas mulheres profissionais de Enfermagem. Neste aspecto, é importante restaurar o direito à saúde dessas mulheres profissionais, atribuindo-lhes um novo estatuto, nem feminino, nem desvalorizado (Elias e Navarro, 2006).

A partir da Lei n.3048 de 1999, reconheceu-se o estresse, o esgotamento e a depressão como doenças do trabalho e que podem se tornar um grave problema de saúde pública (Brasil, 2001).

A relação entre estresse e qualidade de vida recebeu atenção de pesquisadores brasileiros, como Lipp e Tanganelli (2002), sobre o stress e qualidade de vida em juízes. A Qualidade de vida está relacionada não só ao campo da saúde, mas também à área social, afetiva e profissional. O estresse interfere sobre a qualidade de vida, podendo modificar o como a pessoa reage às diversas áreas de sua vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) teve um importante papel no incentivo dos estudos relacionados à qualidade de vida das populações na área da saúde. Em 1947 definiu a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade e, desta forma, introduzindo a idéia de qualidade de vida, enfatizando seu caráter multidimensional (Kimura e Ferreira, 2004).

Conceitos como Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e Humanização surgiram no sentido de buscar resgatar a autoestima do trabalhador segundo uma ótica organizacional. Para tal, a adoção de medidas sustentadas em políticas que propõe a melhoria das condições de trabalho dos profissionais tem sido sugerida, incentivada, pois oferecem uma base de competência e solidez para

realizar um atendimento também humanizado à população (Fernandes, Medeiros, Ribeiro, 2008).

A OMS definiu a Qualidade de Vida (QV) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Conde, Pinto, Freitas Jr et al, 2006).

Os pesquisadores da OMS consideraram que avaliar a qualidade de vida pelo olhar mecanicista tecnológico vigente não conseguia agregar um caráter mais humanista às avaliações de saúde e organizou, em 1995, um grupo multicêntrico (WHOQOL Group) para criar uma definição e um instrumento que avaliasse a QV com um caráter multidimensional e que conseguisse abarcar as múltiplas culturas e países. Foram criados dois instrumentos: o *World Health Organization Quality Of Life Assessment* (WHOQOL-100) e o mesmo questionário em um formato menor, WHOQOL-Bref (WHO, 1995).

Outro instrumento para avaliar a qualidade de vida surgiu nas últimas décadas e foi validado para o português e para outras muitas línguas, devido ao grande interesse pelo instrumento, que é o SF-36. Trata-se de um questionário com 149 itens denominado 149-item *Functioning and Well-Being Profile* (FWBP), que foi testado em mais de 22.000 pacientes americanos, como parte de um estudo de avaliação de saúde – *The Medical Outcomes Study* – MOS. Foi criado para ser um instrumento genérico de saúde, que mensuraria a capacidade funcional, aspectos físicos e emocionais, dor, saúde mental etc. O instrumento foi concluído com oito domínios selecionados entre os 40 incluídos no MOS (Ware, 2011).

Em 1996, seus autores iniciaram uma revisão do SF36 e criaram a versão SF-36 v2 e há ainda versões mais curtas: SF-12, SF-12 v2 e SF-8 (IQOLA, 2011). A validação do questionário genérico de avaliação de qualidade vida “*Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey* (SF-36), foi realizada por Ciconelli

em 1997 (Ciconelli, 1997) e a tradução e validação do SF36 em 1999, pela mesma autora.

Em estudo realizado por Dantas, Sawada e Malerbo (2003), sobre a produção científica com a temática qualidade de vida, produzida pelas universidades públicas do Estado de São Paulo, concluiu-se que, entre outras coisas, o instrumento mais utilizado foi o *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form* (MOS SF-36), encontrado em 18 estudos referente a 34% dos estudos revisados, em levantamento de 1993 a 2001. A análise foi feita a partir de dissertações de mestrado (71,4%) e 23,8% de teses de doutorado e 4,7% de teses de livre-docência.

As principais tendências metodológicas sobre a avaliação da QV fazem uso tanto dos métodos quantitativos quanto qualitativos. Quanto aos estudos quantitativos, os esforços são voltados para a construção de instrumentos, visando estabelecer o caráter multidimensional, a confiabilidade e validade do instrumento. Por outro lado, os adeptos de enfoques qualitativos enfatizam seus resultados, a partir de instrumentos menos padronizáveis, como histórias de vida, biografias e outros tipos de análises de discurso. Alguns pesquisadores defendem a complementaridade das metodologias. Outra tendência tem sido a de construir instrumentos específicos, baseado em algum instrumento de caráter genérico, voltado para a avaliação de qualidade de vida de pessoas enfermas, como por exemplo, o *Medical Outcome Study* (MOS), que sofreu uma adaptação e passou a denominar-se MOS-HIV (Seidl & Zannon, 2004).

Nesta perspectiva, têm sido realizados trabalhos sobre Qualidade de Vida em pessoas que sofrem de diferentes enfermidades, como por exemplo: QV em adultos hipertensos hospitalizados (Reis e Glashan, 2001); QV de mulheres após a menopausa usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal (Zahar, Aldrighi, Pinto Neto et al, 2005); Atividade física e

a relação com a QV, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) (Costa e Duarte, 2002); QV em Portadores de Esclerose Múltipla (Morales, Morales. Rocha et al, 2007); QV e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros (Adeodato, Carvalho, Siqueira et al, 2005); e, na psicologia, destaca-se o Inventário de Qualidade de Vida utilizado para o controle de estresse (Lipp e Tanganelli, 2002).

Com base nessas informações e entendendo a importância de se discutir formas de enfrentamento para o estresse para melhoria de qualidade de vida, o presente estudo fez uso do *SF-36 Version 2*, associado a instrumentos mais específicos ligados ao estresse (Lista de Sintoma de Stress de Vasconcellos e Inventário de Sintomas de Stress da Lipp), para que se pudesse averiguar as correlações entre o estresse e a qualidade de vida e em quais de suas dimensões.

3.6 FISIOPATOLOGIA DO ESTRESSE E SUAS FASES

Os primeiros estudos sobre estresse na saúde tiveram início por volta de 1920, realizados por Hans Selye, quando era estudante de medicina em Praga. Selye relata em suas experiências com ratos, que quando eram expostos a situações estressantes, os ratos desenvolviam aumento e encolhimento em algumas glândulas ligadas ao córtex. Em 1936, Selye, já médico endocrinologista, utilizou pela primeira vez o termo *stress* na área da saúde, para definir um conjunto de reações fisiológicas que o organismo desenvolve frente a uma situação de esforço, desencadeado por estímulo ameaçador à homeostase, gerando sintomas como falta de apetite, pressão alta, desânimo e fadiga. Selye denominou como “Síndrome Geral de Adaptação” a estas reações não-específicas frente aos estressores que poderiam ser da natureza física, química, biológica ou psicossocial (Selye apud Doria, 2010).

A Síndrome Geral de Adaptação descrita por Selye (1965) consiste em três fases sucessivas: Fase de alerta, Fase de

adaptação ou Resistência e Fase de Exaustão. Sendo que a última, Fase de Exaustão, é atingida apenas nas situações mais graves e, normalmente, persistentes.

A *Fase de alerta* ocorre quando a pessoa percebe o agente estressor e se prepara para lutar ou fugir. Sob estímulo do Sistema Nervoso Simpático há alterações hormonais e são secretadas pela glândula supra-renal, a adrenalina e noradrenalina. Esta fase finda em horas, quando o estressor tem uma curta duração. Seriam característicos dessa fase os seguintes sintomas: aumento da frequência cardíaca, esfriamento de mãos e pés, taquicardia, hiperventilação, aumento da sudorese, mudança de apetite, tensão muscular e entusiasmo súbito (Lipp, 1984).

Se o estressor for prolongado e perdurar, o indivíduo entrará na *Fase de resistência*. Nessa segunda fase, período de adaptação ao estresse, a pessoa tenta resistir fazendo uso de reservas de energia adaptativa em busca do reequilíbrio após a quebra da homeostase. Nessa fase, os sintomas mais frequentes são a sensação de desgaste físico generalizado, sem causa aparente e dificuldades com a memória. Ocorrem alterações nas supra-renais e a medula diminui a produção de adrenalina, porém o córtex das supra-renais produz mais corticóides. Se o estressor se mantiver por mais tempo ainda, as reservas de energia adaptativa acabarão e a pessoa entrará na terceira fase, a de *exaustão*. Nessa fase, o organismo torna-se vulnerável a doenças e disfunções.

Selye foi considerado o “Pai do Estresse”, pois foi o primeiro pesquisador a realizar experimentos que comprovassem o elo entre emoção e reações neuro-endócrinas, sob um ponto de vista biológico. Atualmente, porém, outras pesquisas surgiram sobre estresse, associando emoção e liberação de hormônios que respondem pelos sintomas físicos, psicológicos com Lazarus e Launier e, finalmente, o modelo interacionista de estresse. Nesse último modelo, é considerada de vital importância a interferência de características individuais e organizacionais na avaliação dos

estressores e na opção de estratégias de enfrentamento (Bianchi, 2009).

Por sua vez, Lipp (2000) acrescentou ao modelo de Selye uma fase adicional entre a de Resistência e Exaustão, a que denominou *Fase da Quase-Exaustão*. Seria caracterizada por um enfraquecimento da pessoa, com o início de doenças, porém ainda não tão graves quanto às da Fase de Exaustão. A diferença pontuada por Lipp é que, nessa fase, o indivíduo ainda consegue trabalhar e produzir, diferentemente da Fase de Exaustão. Na última fase, de fato, a pessoa realmente precisa de auxílio para conseguir melhorar.

Em relação ao mecanismo de ação do estresse, a reação ao estresse é biologicamente necessária a qualquer ser vivo para promover adaptações às novas situações. Nessa perspectiva, é um estado de tensão que causa ruptura no equilíbrio interno do organismo, mas nem sempre é negativo quando o estressor é um evento limitado, de curta duração e intensidade, gerando respostas de adaptação. Tal estado cria uma reação biológica de enfrentamento e fuga ou uma mobilização criativa do indivíduo em busca de respostas. Situações críticas persistentes e sem resolução, porém, afetam emocionalmente e fisicamente o indivíduo, trazendo como consequências o desenvolvimento de co-morbididades, com o aumento de pressão arterial, úlceras gastroduodenais, câncer, infarto, psoríase, vitiligo e, ainda, aumento da glândula supra-renal, diminuição do timo e gânglios linfáticos, levando à depressão do sistema imune (Lipp, 1996).

As informações sensoriais provenientes do exterior ou do interior estimulam a amígdala, o hipotálamo medial e a substância cinzenta periaquedutal (sistema cerebral de defesa) que promovem as respostas motoras, autonômicas e endócrinas envolvidas na regulação das emoções. Para Margis, Picon, Cosner et al(2003) distinguem-se 3 eixos de atuação da resposta fisiológica:

- **Eixo neural:** Ativação do sistema nervoso autônomo (feixe simpático) e do sistema nervoso periférico, levando a sintomas como: aumento do ritmo cardíaco, aumento da pressão arterial, secura na boca, sudorese intensa, nó na garganta, formigamento dos membros, dilatação das pupilas e dificuldade para respirar.
- **Eixo neuroendócrino:** em condições de estresse mais duradouro ativa-se a medula das supra-renais, provocando a secreção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), mantendo a atividade adrenérgica somática, com efeitos similares aos da ativação simpática, quando a pessoa se prepara para lutar ou fugir. Seus efeitos são: aumento da pressão arterial, do aporte sanguíneo para o cérebro, do ritmo cardíaco, estimulação dos músculos estriados, de ácidos graxos, triglicerídeos e colesterol no sangue; secreção de opióides endógenos e diminuição do fluxo sanguíneo nos rins, no trato gastrointestinal e na pele.
- **Eixo endócrino:** caracterizado por disparo mais lento e por efeitos mais duradouros que os anteriores, que é acionado quando a pessoa não dispõe de estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse. Seus efeitos são: aumento da glicogênese, aumento da produção de corpos cetônicos, exacerbação de lesão gástrica, aumento da produção de uréia, aumento da liberação de ácidos graxos livres no sistema circulatório, aumento da suscetibilidade a processos ateroscleróticos, à necrose miocárdica, supressão de mecanismos imunológicos e diminuição de apetite.

De fato, segundo Bear, Connors, Paradiso (2008), quando o estímulo estressor é intenso e há uma resposta de descarga em massa, há um aumento da capacidade do organismo em

desempenhar atividade muscular vigorosa, bem como um aumento do metabolismo como um todo, levando às muitas alterações previamente descritas. O estressor ativa o eixo hipotálamo-pituitário-adrenocortical (HPA) levando a alterações do corpo, pois o hipotálamo tem um papel central em orquestrar uma resposta humoral, visceromotora e somático-motora apropriada.

O hormônio cortisol, um glicocorticóide, é liberado pelo córtex da glândula supra-renal em resposta ao aumento nos níveis sanguíneos do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). O ACTH é liberado pela hipófise anterior em resposta ao hormônio liberador de corticotrofina (CRH), que é liberado no sangue, via circulação porta. O cortisol contribui para a resposta fisiológica do corpo ao estresse. Quando o cortisol circulante está em níveis muito altos, causa danos ao cérebro, principalmente no hipocampo. A degeneração do hipocampo cria um círculo vicioso, no qual a resposta ao estímulo torna-se mais pronunciada, levando a mais liberação de cortisol e maiores danos. Estudos de autoimagem do cérebro, em humanos, mostraram uma diminuição no volume do hipocampo de algumas pessoas que sofreram do transtorno de estresse pós-traumático, um transtorno de ansiedade que é desencadeado por um estresse do qual não se pode escapar (Bear, Connors, Paradiso, 2008).

Quanto às repercussões no sistema imunológico, uma grande variedade de estressores físicos e psicossociais pode alterar a resposta imune através dessas conexões entre o Sistema Nervoso Central, o Sistema imunológico e o Sistema endócrino e têm revelado a associação entre as emoções e as doenças. O Sistema imunológico produz mensageiros químicos – citocinas -, que fazem a intermediação entre as respostas inflamatórias e imunes. Tais citocinas pró-inflamatórias liberadas na periferia estimulam o Sistema Nervoso Central, ativam o eixo HPA, levando à produção de corticosteróide pela glândula supra-renal. Sintomas não específicos podem incluir neste caso, febre, fraqueza, mal-estar, apatia,

incapacidade de concentração, sentimento de depressão, letargia, anedonia e anorexia (Guimarães, 2007).

3.7 FUNDAMENTOS DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

Para que se possa compreender o estresse segundo a MTC é importante fazer uma breve reflexão sobre os mais importantes conceitos que dão sustentação ao pensar na medicina chinesa e contextualizar o surgimento de tais teorias. Dada a estranheza que tais conceitos costumam gerar para aqueles que desconhecem seus princípios e, como no presente estudo faz-se necessário o uso de diagnóstico de padrões de desequilíbrio dos sistemas Zang Fu (órgãos e vísceras), tais fundamentações teóricas auxiliarão na compreensão dos tratamentos propostos e na análise dos diagnósticos.

Quanto ao aspecto histórico, é importante ressaltar que, embora seja atribuído o período de 23000 a 2000 a.C. como o início da prática da medicina chinesa, de fato, a primeira evidência genuína da existência de alguma cultura tem início na Dinastia Shang, em aproximadamente 1523 a.C. Somente no período médio da Dinastia Zhou, de 772 a 480 a.C. surge a medicina dissociada da idéia de demonologia. No período final da Dinastia Zhou, de 480 a 221 a.C, surgem duas principais tendências na medicina: a correspondência mágica (**Yin/Yang**) e a correspondência sistemática (**Cinco Elementos**), que são fundamentais para a compreensão dos diagnósticos chineses e que foram citados e desenvolvidos nos dois mais antigos textos da cultura chinesa, o Huang Di Nei Jing, datado de 100 a 200 a.C., e o Nan Ching (aproximadamente 200 d.C.). O Taoísmo surge por volta deste período, em um tempo de grande caos político e social e se desenvolveu a partir de práticas meditativas, com base em técnicas de respiração profunda e possivelmente como uma resposta adaptativa de equilíbrio do homem ao seu meio (Birch e Felt, 2002a).

O Taoísmo é um sistema filosófico-religioso que modelou o caráter do povo chinês ao longo de mais de dois mil anos. Atribui-se a criação do Taoísmo a Lao-Tsé, suposto autor do Tao Te Ching ou Livro da Razão Suprema, compilado provavelmente por volta de 300 a.C. e considerado como a sua principal fonte de conhecimento. O “Tao” é o grande princípio primordial, é o princípio Uno no interior do Múltiplo (Cherng, 2000).

Difícil descrever o significado de Tao, pois ele deve ser vivido e experimentado. Segundo os dizeres de Lao-Tsé: “Quanto mais se tentar explicar com palavras o sentido de Tao, menos se compreende o seu significado, portanto o melhor que se tem a fazer é escutá-lo em silêncio” (Lao-Tsé, 1991, p.33). E é no aquietar-se e nas práticas meditativas que esse antigo homem buscava encontrar-se em união consigo mesmo e com o todo que o cercava.

Se o Tao é o todo, o Yin e o Yang são dois aspectos deste todo. A princípio, o conceito de Yin-Yang parece muito simples, mas é muito profundo. Sua referência mais antiga é de 700 a.C. no *Livro das Mutações* (Maciocia, 2007). São manifestações de uma única força, mas em polaridades opostas. “Tudo o que se relaciona com o conceito de Yin-Yang implica o que é inseparável, incapaz de se manter, exceto quando em relação” (Cooper, 1999, p.2). São dois pólos opostos, interdependentes, complementares como as duas faces de uma mesma moeda, os dois lados de uma montanha, uma face ensolarada e a outra envolta em sombras.

O Yang tem como características a expansibilidade, mobilidade, excitabilidade, vitalidade, imaterialidade, relativo às atividades funcionais dos diversos órgãos e vísceras, rapidez, calor, homem, céu, a parte superior e posterior do corpo, as vísceras que são ocas e que se movimentam etc. E no Yin, as características seriam inversas, como: obscuridade, tranquilidade, interiorização, inibição, imobilidade, frio, fluir para baixo, para dentro, relativo à substância e matéria, mulher, terra, a parte inferior e anterior do corpo, os órgãos que são pesados e vitais (Maciocia, 2007).

No sentido de tentar elucidar e esclarecer um pouco mais sobre como se dá a utilização da concepção Yin-Yang nas diversas situações internas e externas ao homem, uma breve explicação se faz necessária para ilustrar a abrangência do conceito: (1) Estímulos estressores podem proporcionar respostas diferenciadas em mulheres e homens, se partirmos do pressuposto de que as mulheres são mais Yin do que os homens. A mulher, de maneira geral, pode responder ao estresse buscando interiorizar o fato, as reações podem acontecer de forma mais lenta, mais internalizada, emocional e oculta. No homem, comparativamente, as respostas podem emergir mais rápidas, com uma defesa mais exteriorizada e física (Hicks, Hicks, Mole, 2011, p.31); (2) Por outro lado, ao compararmos o Yin e Yang no corpo físico, um evento estressor forte pode gerar uma estagnação de energia na parte superior do corpo, especialmente, no peito e cabeça. Nos homens, que são de natureza mais Yang, pode acarretar problemas cardíacos ou neurológicos. Nas mulheres, por seu lado, uma situação de estresse pode acarretar em distúrbios energéticos que afetarão mais a parte inferior de seu corpo, isto é, a parcela Yin (o abdômen inferior, os órgãos sexuais etc). Enfatize-se, porém, que existem mulheres que apresentam características Yang tanto quanto os homens, o que poderá gerar “Subida de Yang”, justificando fortes dores de cabeça, estagnação de energia no tórax e insônia, em períodos de estresse.

O conceito de Yin e Yang, portanto, é relativo, não fixo e na dependência do fluir de um elemento sobre o outro (Hammes, Bäcker, 2010); (3) Se houver deficiência de Yin de um sistema, por exemplo, do Fígado (Gan), naturalmente o componente Yang do Gan estará aumentado, pois ambos são interdependentes. Se um está deficiente, o outro aspecto tenderá a estar em excesso (Maciocia, 2007). Este desequilíbrio é bastante comum em situações de estresse continuado, com sintomas de excesso como enxaquecas, irritabilidade, dores musculares, associadas a sintomas

de deficiência, como um grande cansaço, fadiga, visão diminuída e tendência depressiva.

3.7.1 Os Tipos Constitucionais e os Cinco Elementos

Quanto aos Cinco Elementos, tal teoria sustenta que a natureza está constituída por cinco substâncias: **Madeira, Fogo, Terra, Metal e Água**. O desenvolvimento e as mudanças de todas as coisas e de todos os fenômenos são resultados de movimentos contínuos, de inter-geração e dominância entre os cinco elementos. A partir daí são estabelecidas de modo sistemático as relações existentes entre a constituição das vísceras (Zang Fu), o estado fisiológico ou patológico do organismo e os objetos do meio ambiente em relação ao homem (Hammes, Bäcker, 2010; Fontaine, 2011b).

O antigo texto Huang Di Nei Jing sugere classificar as pessoas segundo constituições, em tipos psicossomáticos em função de seis energias e seis meridianos correspondentes no corpo, Tai Yang, Shao Yang, Yang Ming, Tai yin, Shao Ying e Jue Yin. Em diálogo entre o Imperador Amarelo e o mestre taoísta Qi Bo sobre os temperamentos constitucionais, Qi Bo explana sobre os tipos constitucionais atribuindo-lhes características físicas, psicológicas e mentais (Wang, 2001).

De forma similar, a antiga filosofia grega também se baseava na doutrina dos elementos, que estavam relacionados com as quatro faculdades do homem: moral (fogo), estética e alma (água), intelectual (ar) e física (terra). Baseado nestes princípios, Hipócrates criou a medicina de patologia humoral constitucional, considerando os quatro elementos como Fogo (Bile Amarela), Terra (Bile Negra), Água (Fleugma) e Ar (Sangue). Posteriormente, Galeno relacionou-os aos quatro temperamentos: Ar (Sanguíneo), Fogo (Colérico), Terra (Melancólico) e Água (Fleugmático). No século XIX, o mestre coreano Je Ma Lee desenvolveu uma teoria constitucional com base

nos biotipos definidos originalmente no Ling Shu (texto que faz parte do Huang Di Nan Jing). Tal teoria continuou a ser desenvolvida e foi trazida por Eu Won Lee ao Brasil, na década de 1990 (Eu, 2002).

A tipologia de Sasang é uma medicina tradicional coreana sobre a perspectiva biopsicosocial do Neo-confucionismo que se utiliza da acupuntura e de ervas para o tratamento. Já foi validado um instrumento denominado *Sasang Personality Questionnaire* (SPQ) para avaliação dos tipos e determinação de tratamentos a partir destes tipos (Chae, Lee, Park, Jang, Lee, 2012). Pesquisas como esta mostram a importância que a acupuntura constitucional tem na atualidade como uma das vertentes e linhas de pesquisa desenvolvidas na acupuntura e nos países orientais.

Ainda sobre a história mais recente da acupuntura constitucional, é importante citar uma grande vertente que foi desenvolvida no Reino Unido, a partir da década de 1960, por J.R. Worsley, fisioterapeuta e naturopata. Ele e outros terapeutas foram buscar no Japão, Coreia, Taiwan, Vietnã, Hong Kong e Cingapura, conhecimentos sobre acupuntura, pois a China estava fechada ainda para os estrangeiros, política e economicamente. E naquele período, a principal influência filosófica era a teoria dos Cinco Elementos. Importante referir que Worsley (1923-2003) e seus alunos levaram este estilo de acupuntura para muitos países como Reino Unido, Estados Unidos, Noruega, Holanda, Canadá, Suíça e Alemanha, tornando popular o estilo. Segundo o *British Acupuncture Council*, em um levantamento de 1995, constatou-se que pelo menos 38% dos profissionais acupunturistas utilizava este estilo regularmente (Dale apud Hicks, Hicks, Mole, 2011).

Outras pesquisas sobre os tipos constitucionais foram realizadas por Yves Requena, na França. Ele se utilizou dos caracteres de Gaston Berger, um psicólogo marseilhês e a partir da avaliação dos graus de emotividade, atividade ou fixação de cada indivíduo, definiu seis tipos psicológicos, tomando emprestados os tipos psicológicos chineses: Tai Yang (meridiano da bexiga e do

intestino delgado), Shao Yang (vesícula biliar e triplo aquecedor), Yang Ming (estômago e intestino grosso), Tai Yin (pulmão e baço-pâncreas), Shao Yin (rim e coração) e Jue Yin (fígado e pericárdio) (Requena, 1990).

Para a teoria dos constitucionais, a vulnerabilidade de um ou outro órgão será diferente de indivíduo para indivíduo. Cada pessoa responde de forma particular a um estímulo interno ou externo. E estas diferenças pessoais e possíveis doenças na fase adulta podem ser observadas já na mais tenra idade, a partir dos aspectos físicos de cada indivíduo, da morfologia do rosto, das mãos, das características intelectuais e psicológicas, das preferências, por exemplo, por certa estação do ano, pelo sabor, pelos tipos de comida etc. A isto se dá o nome de morbidez. Portanto, cada constituição possui suas peculiaridades, vulnerabilidades específicas, que causam sintomas determinados e podem ser tratados para não desenvolverem doenças (Hicks, Hicks, Mole, 2011).

O presente estudo não se baseou na classificação dos sujeitos segundo suas constituições para se estabelecer o como tratá-los, mas tais informações são importantes para que se possa compreender a visão cosmológica e holística, base da teoria dos Cinco Movimentos ou Cinco Elementos.

O diagnóstico de MTC foi estabelecido a partir dos Cinco Elementos e dos 8 princípios (Ba Gang), com a avaliação dos conceitos de Yang/Yin, Superficial(externo)/Profundo(interno), Plenitude/Vazio e Calor/Frio. O diagnóstico pela observação/inspeção, interrogação, palpação(pulso radial) e pela audição/olfação foi a base para estabelecer os principais padrões de desequilíbrio relacionados aos diferentes sistemas e meridianos (Maciocia, 2010).

3.7.2 Os Cinco Elementos e as características de cada elemento

Madeira: Os antigos afirmavam que uma árvore pode nascer de uma madeira curva ou reta e crescer e se desenvolver para fora. Então, à madeira corresponde a função de crescimento, desenvolvimento e ascensão. Segundo Requena (1990), pode-se identificar que uma pessoa Madeira é aquela tendente à ação e à decisão quando está em equilíbrio. Por sua vez, quando estiver desequilibrada, poderá mostrar inquietude, nervosismo, agressividade, com grande suscetibilidade para medicações alopáticas; pode sofrer frequentemente de alergias, conjuntivites e tendinites. Psicologicamente, é ao mesmo tempo otimista e ansiosa, agitada, instável, até mesmo agressiva e colérica (tendência ao excesso energético).

Fogo: Os antigos diziam que o fogo arde sempre para cima. Sua função então é ascensão e aquecimento. Para Requena (1990), uma pessoa do elemento Fogo pode ter características de deficiência como hipersensibilidade e hiperemotividade. Os sintomas de excesso tornam a pessoa agitada, autoritária, instável emocionalmente, que com frequência alterna choro e riso.

Terra: Os antigos afirmavam que a terra abriga o semear e o colher (semear as sementes e colher os alimentos). Sua função relaciona-se ao nascimento, à transformação, aceitação e contenção. Para exemplificar, as pessoas do elemento Terra são brevílineos, com o rosto e ventre redondos, acima do peso normal. A tez é normal ou corada, podendo ser pálida e amarelada nos pacientes com hipotireoidismo, lembrando o rosto de orientais (Hicks, Hicks, Mole, 2011).

No psíquico, o indivíduo Terra percebe a vida pelo lado bom. É despreocupado e filosófico (Requena, 1990). Por outro lado, quando em desequilíbrio, na deficiência ficam inapetentes e, se estiverem preocupados desenvolvem pensamentos fixos e sofrem de dores epigástricas.

Metal: Os antigos referiam que a mudança (transformação) corresponde ao metal. Sua função é promover a limpeza,

clarificação, restrição e o descender de energia. Dentre tantas características importantes, para exemplificar, o indivíduo Metal está sujeito à fadiga, tem falta de tônus muscular, age com lentidão, falando e andando devagar. Tem necessidade de muito sono. Quando em deficiência apresenta lentidão mental e falta de atenção crônica ou ao contrário pode ter uma mente muito rápida e concentrada, quando em equilíbrio. Psicologicamente, é calmo, mais inclinado à reflexão do que à cólera. Tem um humor triste e pode sofrer de pessimismo (Requena, 1990).

Água: Os antigos afirmavam que a água escorre sempre para baixo (descida e umedecimento). A criança do elemento água pode se mostrar com as seguintes características: criança muito friorenta, geralmente frágil, hipersensível, discreta, triste e introvertida. Tem olheiras e pode se mostrar infeliz. Um adulto do elemento água, cuja constituição é frágil, pode ter pouca vitalidade, apresentando uma fadiga global e crônica. Ou, ao contrário, pode ter uma constituição muito forte e serem destemidos ao enfrentarem um obstáculo (hipersuprarenalios). No plano psicológico sofre de crises de desânimo, sentimento de tristeza e isolamento (Requena, 1990).

Tabela 1 - Descritiva das características dos Cinco elementos

	Madeira	Fogo	Terra	Metal	Água
Órgãos	Fígado	Coração	Baço/Pâncreas	Pulmão	Rim
Vísceras	Vesícula	Int. Delgado	Estômago	Int.Grosso	Bexiga
Sabor	Azedo	Amargo	Doce	Picante	Salgado
Sentidos (Aberturas)	Olho	Língua	Boca	Nariz	Ouvido
Estação do ano	Primavera	Verão	Alto verão	Outono	Inverno
Clima	Vento/ar	Calor	Umidade	Secura	Frio
Emoção	Ira	Alegria	Preocupação	Tristeza	Medo
Tecidos corporais	Músculos	Artérias	Tec.Conjuntivos	Pele	Ossos
Cor	Verde	Vermelho	Amarelo	Branco	Azul/Preto
Odor	Rançoso	Queimado	Aromático	Picante	Pútrido
Ponto Cardeal	Leste	Sul	Centro	Oeste	Norte
Virtude	Bondade	Moralidade	Confiança	Honradez	Sabedoria
Expressão	Gritar	Rir	Cantar	Chorar	Gemer

Fonte: Adaptado a partir de Hirsch, S. O Manual do Herói. Rio de Janeiro: Correcotia, s/ano

A Tabela 1 foi construída com o objetivo de exemplificar diferentes aspectos do ser humano e da natureza, segundo o prisma dos Cinco Elementos. Tais caracterizações auxiliam no diagnóstico e determinação de padrões de desequilíbrio no momento presente e também na busca de pré-disposições constitucionais da pessoa tratada.

3.7.3 Inter-relações dos Cinco Elementos

Para coordenar o inter-relacionamento entre os cinco elementos existem duas leis fisiológicas e naturais: a Lei da Geração (Mãe-Filho) e da Dominação (Avô-Neto) ou denominados Ciclo Shen e Ciclo Ke, respectivamente. A Lei da Contra-dominação surge quando há desorganização patológica dos elementos. Na Lei da geração, os cinco elementos geram-se, produzindo-se mutuamente, favorecendo o seu crescimento respectivo. Na Lei da dominação é o processo pelo qual os elementos se governam e se restringem uns aos outros (Maciocia, 2007).

A ordem de produção de energia dos Cinco elementos pode ser descrita da seguinte forma. Na natureza, a madeira cria fogo pela queima; o fogo cria terra pelas cinzas; a terra cria metal pelo endurecimento (entenda-se metal como sinônimo de rocha ou terra cristalizada); metal cria água pelo refreamento (isto é, a rocha é impermeável no solo sem a qual a água seria toda absorvida para dentro da terra); a água cria madeira pela nutrição. Por outro lado, na Lei de dominação: o fogo controla o metal, derretendo-o; o metal controla a madeira, cortando-a; a madeira controla a terra, cobrindo-a (a terra pode se tornar rapidamente erodida quando não há mais vegetação para retê-la); a terra controla a água, represando-a; a água controla o fogo, extinguindo-o (Hicks, Hicks, Mole, 2011).

Nesse relacionamento de inibição ou dominância entre os Cinco Elementos ainda existem inter-relacionamento direto ou indireto entre eles. Assim, pode haver uma contra-inibição ou contra-

dominância, na qual o inibidor pode ser inibido. Por exemplo, normalmente a Água é inibidora do Fogo, mas se este se apresentar intenso e a Água em pouca quantidade haverá uma inibição da Água. A contra-dominância só se objetivará sob certas condições desfavoráveis, pois em geral, quando se tem uma boa condição energética as leis de geração (Mãe-Filho) e de Dominância se apresentam como naturais para o equilíbrio de forças (Wen, 2006).

A Figura 1 ilustra a Teoria dos Cinco Elementos e as inter-relações de geração e de dominância de energia.

Figura 1 - Ciclo de Geração e Inibição de energia segundo Teoria dos Cinco Elementos

Fonte:Calendarium(2011)¹⁵.

Cabe fazer uma ressalva quanto às nomenclaturas atribuídas aos órgãos e vísceras correspondentes aos elementos. Embora as traduções para cada um dos órgãos tenham sido realizadas de

¹⁵ Disponível em: <http://calendarium.blogspot.com/2010/08/os-cinco-elementos-e-personalidade.html>

forma a encontrar as correspondências mais exatas possíveis, as funções atribuídas a cada um dos órgãos pela MTC nem sempre são as mesmas da fisiologia ocidental. Os órgãos (Zang) são em si, sistemas, não exatamente órgãos em separado e a cada um deles se atribui além do aspecto físico e energético, um estado mental e emocional.

Segundo a Fisiologia energética, cada Zang (órgão) e cada Fu (víscera) têm uma função orgânica e energética, que será discutida com mais profundidade a seguir. Como os órgãos Yin são considerados os mais importantes sistemas, aos quais estão ligadas as vísceras correspondentes, os livros de Medicina Chinesa enfatizam as funções dos órgãos e subentende-se que as vísceras correspondentes estejam também implicadas. Portanto, onde estiver o Fígado considere-se também a Vesícula Biliar; para o Coração, o Intestino delgado. Somem-se ainda mais dois meridianos para o elemento Fogo, o Pericárdio e o Triplo Aquecedor; para os Rins, a víscera correspondente é a Bexiga; para o Baço-Pâncreas, a víscera é o Estômago; Para o Pulmão, a víscera acoplada é o Intestino Grosso (Ross, 2003).

3.7.4 Os órgãos (Zang) e as vísceras (Fu)

1. O **Fígado (Gan)** estoca o Sangue (Xue), facilita o livre curso do Qi e está intimamente relacionado com a função dos olhos e tendões (WHO, 2007). Como o Sangue é a Morada da Mente (Shen), um bom estoque de Sangue (Xue) faz-se necessário para a manutenção das múltiplas atividades realizadas por esse sistema. Se o Sangue (Xue) do Fígado (Gan) estiver debilitado, o coração sofrerá, pois o elemento Madeira é gerador de energia para o Fogo (Lei de Geração).

É possível estabelecer um paralelo entre a fisiologia energética dos Zang Fu e a fisiologia médica. O fígado, para a medicina ocidental, desempenha papel central em processos

fisiológicos essenciais ao organismo, constituindo-se como única fonte de albumina e de outras proteínas plasmáticas, assim como da glicose sanguínea pós-absortiva. Responsável pela síntese lipídica e fonte de lipoproteína plasmática, tem função reguladora e protetora para todo o organismo (Guyton & Hall, 2011).

Para a MTC, o Gan (Fígado) age sobre o armazenamento do Sangue, conservação do Sangue, formação, defesa imunológica, limpeza, crescimento ponderoestatural (hormônios), relaciona-se ao sabor ácido, o Gan nutre músculos, tendões e nervos, auxilia na digestão/assimilação, manifesta-se nos olhos, está diretamente ligado às atividades mentais. Especialmente em relação às atividades encefálicas e ao psiquismo, a MTC relaciona as funções do Gan com o encéfalo (Yamamura, 1996).

Segundo a MTC, no âmbito psíquico e mental, o Fígado (Gan) governa o **Hun** (alma etérea) e é responsável pela geração de projetos, proporcionando riqueza ao inconsciente por meio de sonhos e desejos. É uma força dinâmica que desencadeia os impulsos necessários para empreender uma ação. Como controla a imaginação, desempenha um papel essencial em todo ato de criação, permitindo a elaboração de uma estratégia. Uma condição energética de deficiência deste sistema reduz os impulsos, os desejos e o entusiasmo e ocasiona empobrecimento da imaginação e incapacidade para conceber planos de ação futuros. Metaforicamente, o (Gan) Fígado ocupa o cargo de general das forças armadas do organismo. A avaliação das circunstâncias e a concepção dos planos se originam dele. Por sua vez, a Vesícula Biliar, que é a víscera acoplada do Fígado, é responsável pelo que é justo e exato. A determinação e a decisão se originam da Vesícula Biliar. Quando está em estado de deficiência energética, a pessoa sofre de indecisão (Hicks, Hicks, Mole, 2011, p.11).

E quando o **Hun** está perturbado por uma condição de excesso (Estagnação de Qi do Fígado/Gan ou Subida de Yang do Fígado/Gan), como é comum em situações de estresse, o sono fica

agitado, têm-se sonhos violentos ou pesadelos e os projetos ficam excessivos e incoerentes (Maciocia, 2007). Portanto, o Fígado (Gan) é um dos cinco elementos atingidos em situações de estresse, pois tem o papel de ordenar e governar o enfrentamento de uma dada situação.

A seguir estão apresentados os principais sintomas de excesso e deficiência do Fígado (Gan) e da Vesícula Biliar (Dan), e em negrito, os sintomas que fazem parte do instrumento de coleta de dados de estresse (LSS).

Entenda-se, porém, que tal lista deve ser utilizada com o devido cuidado, pois alguns sintomas de excesso e de deficiência podem se alternar e cabe ao profissional terapeuta descobrir com sabedoria e competência, em que estágio de evolução está o desenvolvimento do desequilíbrio daquele sistema. Ao realizar a palpação do pulso, observa-se também a língua e o aspecto geral do paciente, que somado a um bom levantamento de sintomas e histórico pregresso, permite definir com maior segurança o diagnóstico de MTC.

- Fígado (Gan)

Sintomas de excesso de energia: dor no rebordo costal e epigastrial, dor nos órgãos genitais, convulsão, **dor de cabeça**, conjuntivite, **olhos lacrimejantes**, **insônia**, boca amarga, **emotividade**, **falta de ânimo para novos projetos**, **náuseas e vômitos**.

Sintomas de deficiência energética: **tontura**, **perturbação da visão**, zumbido, fraqueza nas costas e pernas, olhos secos.

- Vesícula Biliar(Dan)

Sintomas de excesso energético: febre com sensação de frio, boca amarga, dor nas axilas e margem costal, **irritabilidade**, indecisão, icterícia, língua avermelhada e **enxaqueca**.

Sintomas de deficiência energética: **vertigem**, **tontura e vômito**, **perturbação na visão**, **insônia** e tendência ao sonho, zumbido e surdez, **fobias**.

2. O **Coração (Xin)**: Circula o Sangue (Xue) e conseqüentemente ajuda na função de transporte do Baço-Pâncreas (Pi). O Coração (Xin) gera energia para o Baço (Pi) produzir e transformar o Sangue (Xue), pela Lei da Geração.

O **Shen** (Mente) é a consciência organizadora, que se expressa no conjunto das funções do organismo, permitindo ao indivíduo comunicar-se e se adaptar permanentemente ao que lhe cerca. O *Shen* possibilita ao corpo as qualidades de percepção, consciência e vitalidade. Segundo Wang (2001), quando há organização do Xin, o Espírito está em paz, quando há desorganização há loucura.

O psiquismo, a coerência de personalidade e aspectos mais elevados da inteligência são comandados pelo **Shen** ou Mente. Quando funciona corretamente, a mente está clara, o coração é sereno e o discurso é lógico. Uma condição energética de deficiência desse sistema provoca um estado depressivo, de timidez e incapacidade de ter uma percepção justa das situações, originando uma tendência a queixar-se sem cessar e, em casos graves, a uma desestruturação da personalidade. Quando o Shen está perturbado por uma condição de excesso, há euforia, incoerência e confusão mental (Maciocia, 2007).

No Su Wen, parte do clássico livro Nei Jing, especialmente no capítulo 8, os doze órgãos são tratados metaforicamente como oficiais em uma corte, cada um com um ministério ou papel em particular. Nesta perspectiva, o Coração(Xin) ocupa o cargo de Senhor e Soberano. O brilho do espírito se origina dele. O Intestino Delgado, o seu acoplado, é responsável em receber e fazer as coisas florescerem. As substâncias transformadas se originam dele. O Pericárdio tem o cargo de Emissário. O entusiasmo e a alegria se originam dele. E o Triplo Aquecedor que é o meridiano acoplado do Pericárdio é responsável em “abrir a passagem das águas” e pela irrigação energética. A regulação dos fluidos se origina do Triplo Aquecedor (Hicks, Hicks, Mole, 2011.p.11).

Como se pode observar, as concepções chinesas são fundamentalmente filosóficas e, naquele tempo, inexistiam recursos técnicos auxiliares para se conhecer o Ser Humano e sua anatomia pela dissecação, pois implicava em violação do corpo humano. É interessante observar que, apesar de tantas dificuldades, as concepções desenvolvidas pelos chineses quando são interpretadas à luz dos conhecimentos médico-científicos atuais, encontram justificativas objetivas e esclarecedoras. Por exemplo, teorias clássicas sobre os Zang e fu (órgãos e vísceras) demonstram ser coerentes com os conhecimentos de embriologia, neurologia e fisiologia humanas (Tabosa, Yamamura, Cricenti, 1996).

Embriologicamente, o coração se origina no pólo cranial do embrião, de onde também se origina o encéfalo, sugerindo que há entre eles uma conexão primitiva que pode se perpetuar por toda a vida. Por exemplo, quanto ao aspecto do psiquismo e da mente, a MTC considera o Xin (Coração) como o “comandante” da Mente(Shen), e pela perspectiva da medicina ocidental, foram observados neurônios atriopeptinoimunorreativos no encéfalo de ratos, especialmente no hipotálamo, ao nível dos núcleos periventriculares ântero-ventrais, nos quais a atriopeptina age como um neuromodulador central (Espiner apud Tabosa, Yamamura, Cricenti, 1996). A atriopeptina (fator natriurético atrial) é liberada por distensão atrial no coração e tem efeito relaxante direto sobre os músculos dos vasos sanguíneos, controlando-os. Este achado corrobora o que a MTC definiu há milênios sobre a função do Xin (Coração), de governar os vasos sanguíneos (Ross, 2003).

A seguir estão listados os principais sintomas dos excessos e deficiências do Coração (Xin) e do Intestino Delgado (Xiao Chang) e, em negrito, os sintomas assinalados pelo LSS (Lista de Sintoma de Stress), instrumento utilizado no presente estudo.

- Coração (Xin)

Sintomas de excesso de energia: **boca seca** e sede, dor no coração, dor no trajeto do meridiano, rosto avermelhado, **ansiedade e**

insônia, língua rígida, apresentando coloração avermelhada e úlceras, agitação, alegria excessiva, **aumento da pulsação**.

Sintomas e sinais de deficiência de energia: dispnéia ao esforço, **aperto no peito, palpitação**, muito sonho, **insônia**, calor na palma da mão, hipertranspiração à noite, **baixa auto estima, falta de memória, membros frios**.

- Intestino Delgado (Xiao Chang)

Sintomas de excesso de energia: dor de garganta, rigidez na nuca, **dor no ombro e braço**, dor nos olhos.

Sintomas de deficiência de energia: borborigmo, **diarréia**, zumbido, surdez, **adormecimento ou formigamento no braço** ao longo do trajeto do meridiano.

3. O **Baço-Pâncreas (Pi)** é um órgão cuja principal função é de transportar e transformar alimentos, separar as substâncias puras das impuras, manter o sangue fluindo dentro dos vasos e está relacionado intrinsecamente com os tecidos e membros (WHO, 2007). Produz o Qi dos Alimentos, que juntamente com o Qi do Ar gerado pelos Pulmões (Fei), são responsáveis pela manutenção do Qi Adquirido (Ross, 2003). Como o Baço-Pâncreas (Pi) é a Mãe do Pulmão (Fei), ele proporciona o Qi para o Pulmão (Fei) realizar a sua tarefa e é fundamental para um bom estado mental e emocional, pois é o sistema responsável pela produção de Sangue(Xue) que dá morada à Mente (Shen).

O **Yi** (inteligência), em relação com o **Pi**, é a parte da nossa mente responsável pelo registro das experiências, da sua classificação, conservação, compilação e reformulação. Diretamente unido à memória, gera a capacidade de integrar e de reproduzir informações, já que essas duas fases são complementares, especialmente na aprendizagem. Quando funciona o **Yi**, compreende-se facilmente, retêm-se informações com tranquilidade. Em caso de deficiência energética, a memória é débil e a conceituação confusa. Quando o **Yi** se acha perturbado por excesso, a memória se mostra obsessiva nos pensamentos, é impossível

desapegar-se das experiências do passado e as experiências e as idéias fixas embaraçam a Mente (Maciocia, 2010).

Segundo Wang (2001), o Estômago e o Baço são responsáveis pela armazenagem e pelos celeiros. Os cinco sabores se originam deles.

Quanto aos principais sintomas de excesso e deficiência, a listagem a seguir busca somente auxiliar no diagnóstico de MTC sobre os principais sintomas de estresse utilizados neste estudo.

- Baço-Pâncreas (PI)

Sintomas de excesso energético: **distensão abdominal, epigastria**, icterícia, febre, dor nas articulações, eructação, diarreia profusa com cheiro.

Sintomas de deficiência energética: distensão no intestino, borborigmo, **diarreia**, indigestão, **inapetência, náuseas e vômito, insônia (acorda facilmente, sono não reparador)**, cansaço ao amanhecer, fraqueza e distrofia nos membros, indolência, ascite, **falta de concentração**.

- Estômago (Wei)

Sintomas de excesso energético: **fome frequente, dor e distensão epigástrica**, secura e mau hálito, urina amarelada, eructação, sensação de calor pelo corpo, inchaço no pescoço e dor na garganta, espasmos faciais, dor nas pernas e joelhos (ao longo do meridiano), **pensamento fixo**.

Sintomas de deficiência energética: bocejos, **indisposição**, ardência precordial, **perda de apetite, distensão gástrica**, paralisia facial.

Sintomas como ascite, cansaço, náuseas e vômito, insônia, diarreia, distensão abdominal são comuns a outros Zang ou Fu além do Baço Pâncreas (Pi), de forma que é preciso reunir os sintomas em um conjunto de padrões, a que a MTC denomina Síndromes. Portanto, a ascite pode ser comum à Deficiência de Yang do Baço-Pâncreas, tanto quanto para a Deficiência de Yang dos Rins (Shen). A distensão epigástrica é comum às Estagnações e excessos do Meridiano do Fígado (Gan), quanto para o Estômago (Wei) e Baço

Pâncreas(Pi). As diarréias aparecem nas Deficiências de Intestino Grosso, Baço Pâncreas (PI) e Rim (Shen).

4. O **Pulmão (Fei)** controla a respiração e o Qi, governa sua difusão e descendência do Qi, regula a “*Via das Águas*” e está fortemente relacionado com a função do nariz e a pele do rosto (WHO, 2007). O Qi do Pulmão associa-se ao do Coração para formar o Qi Torácico, que é profundamente afetado quando se vive uma situação estressante.

No aspecto mental e emocional, o Pulmão (Fei) abriga o **Po** (alma corpórea), que determina as ações e reações do organismo destinadas a permitir escolher, sem intervenção da mente, o que é útil para a sua sobrevivência e a recusar o que é prejudicial. Se expressa nos instintos primários e mais particularmente no instinto de conservação, vinculado ao apego inconsciente ao corpo. Sua deficiência energética origina uma perda do instinto de conservação, vulnerabilidade e desinteresse. Quando o *Po* está perturbado por um excesso, se observa um estado obsessivo por segurança unido a um medo do futuro (Maciocia, 2007).

O Pulmão (Fei) ocupa o Cargo de ministro e chanceler. A regulação da rede que dá vida se origina dele. E o Intestino Grosso é responsável pelo trânsito. Os resíduos da transformação se originam dele (Wang, 2001).

A seguir os principais sintomas de excesso e deficiência do Pulmão (Fei) e do Intestino Grosso (Da Chang) e, em negrito, novamente, os sintomas apontados pela Lista de Sintoma de Stress (LSS) utilizado neste estudo.

- Pulmão (Fei)

Sintomas de excesso de energia: respiração ruidosa, voz alta, **distensão torácica**, dor dorsal alta, **dor nos ombros e braços**, dor cutânea, hemoptise, tosse com chiado, febre, calafrios, **dor torácica**, expectoração purulenta ou de odor fétido.

Sintomas de deficiência de energia: taquipnéia com tosse, escarro fluido, voz fraca e baixa, chiado seco, **sudorese fria**, claustrofobia,

desânimo, parestesias profundas e maldefinidas ao longo da área do meridiano.

Cabe ressaltar que o meridiano do Intestino Grosso é considerado, juntamente com o Estômago, um mesmo meridiano denominado Yang Ming (Estômago e Intestino Grosso), que une o alto ao baixo. Portanto, justificam-se sintomas que aparecem tanto para o meridiano do Estômago quanto para o Intestino Grosso, como fome, distensão, secura, mau hálito, dor de garganta, etc.

- Intestino Grosso (Da Chang)

Sintomas de excesso de energia: **fome frequente, dor e distensão gástrica**, secura e mau hálito, urina amarelada, **constipação**, sensação de calor pelo corpo, inchaço no pescoço e dor de garganta, espasmos faciais, parestesias, **adormecimento no braço ao longo do caminho do meridiano.**

Sinas e sintomas de deficiência energética: aumento do peristaltismo e **diarréia.**

5. Os **Rins (Shen)** estocam e reservam a Essência¹⁶ vital, promovem o crescimento, desenvolvimento, reprodução e a função excretora urinária. Também têm uma influência direta sobre as condições dos ossos e medula óssea, atividades do cérebro, audição e função inspiratória do sistema respiratório (WHO, 2007). Os rins têm um dos principais papéis quanto à constituição do indivíduo, pois é ele que determina a energia herdada geneticamente dos pais. Por ser o elemento Mãe do Gan (Fígado), é quem gera sua energia.

O Shen abriga o **Zhi** (força de vontade), que corresponde à determinação, à capacidade para realizar uma intenção. É indispensável para levar a cabo uma ação, sem deixar-se desviar

¹⁶ (1) substância fundamental que mantém a estrutura física e as funções do corpo; (2) essência reprodutiva guardadas nos rins (WHO, 2007). Aos rins (shen), segundo a MTC, são atribuídas funções relativas ao sistema urinário, às gônadas e a função reprodutiva.

pelos obstáculos. Sua deficiência energética produz medo, um caráter indeciso e mutável, desânimo e submissão à adversidade. Quando o *Zhi* se expressa demasiadamente, com excesso energético, se observa uma tendência à tirania, autoritarismo e obstinação (Maciocia, 2007).

O Rim (Shen) é responsável pela criação de poder. A perícia e a habilidade se originam dele. Armazena os líquidos corporais. As transformações do Qi, então, escasseiam seu poder (Hicks, Hicks, Mole, 2011). Em geral, para o meridiano dos rins, com algumas exceções, são definidos mais os sintomas de deficiência do que de excesso energético.

Os sintomas e sinais mais comuns de desequilíbrios estão listados a seguir:

- Rim (Shen)

Sinais de deficiência de energia (tanto aqueles que geram calor, quanto frio no corpo): **cansaço**, espermatorréia, impotência, lombalgia, frio nos ombros, queda de cabelos, enfraquecimento nos dentes, zumbido, dificuldade na audição, oligúria, edema e ascite, **insônia, distúrbio mental**, calor dos cinco palmos (calor nos pés, nas mãos e no peito).

- Bexiga (Pang Guang)

Sinais de excesso de energia: **dor de cabeça, dor e rigidez na nuca, dor aguda nas costas lombar e nas pernas**, febre, comportamento maníaco.

Sinais de deficiência de energia: frio nas costas, **dor nas costas com irradiação para a perna, adormecimento ou formigamento da perna**.

3.7.5 Causas das doenças segundo a Medicina Tradicional Chinesa

Segundo a MTC, as causas de uma doença podem ser de vários tipos e formas. As principais são: os seis excessos ou

variações climáticas, (vento/Feng; frio/Han; calor do verão/Shu; umidade/Shi; secura/Zao e o fogo/Huo); o Qi epidêmico ou os fatores patogênicos de alta infecciosidade; a agressão interna causada pelas sete emoções (alegria/Xi; raiva/Nu; preocupação/Si; ansiedade/You; mágoa/Bei; medo/Kong e o susto/Jing). As doenças causadas por elementos externos, como os climáticos, agrirem o corpo humano, penetram pela pele, boca ou nariz e desenvolvem o estágio inicial de uma doença superficial, a princípio. Por outro lado, as sete emoções agrirem internamente o órgão e víscera correspondente, desequilibrando a Energia (Qi), o Sangue (Xue) e produzindo alterações patológicas (Maciocia, 2007).

No Su Wen pode-se encontrar: a raiva agride o fígado, a euforia agride o coração, a preocupação agride o baço, a ansiedade agride o pulmão e o medo agride os rins. Como o Coração coordena os cinco órgãos e as seis vísceras quanto ao psiquismo, a tristeza, o pesar e melancolia podem desequilibrar os demais órgãos e vísceras (Wang, 2001).

Segundo He & Ne (2001), uma situação de agressão interna às emoções pode resultar em desequilíbrio energético aos demais sistemas segundo a Lei dos Cinco Elementos. Um sentimento de raiva e ira agride o Fígado (Gan), estagnando o Qi do mesmo, que por seu lado pode agredir pelo Ciclo Ke, o Baço Pâncreas (Pi) e o Estômago (Wei), manifestando uma síndrome de desequilíbrio entre esses elementos. Quando a agressão interna de uma emoção produz fogo, na situação chamada de “as cinco emoções produzem fogo”, há sintomas de insuficiência de Yin, exuberância do Fogo e estagnação de Umidade, muco e de alimentos.

Uma situação emocional que provoque estresse pode alterar o funcionamento e equilíbrio dos três elementos que se relacionam com o Sangue (Xue). Ressalte-se que o Xue é a morada da Mente(Shen), isto é, se não houver Xue suficiente, não haverá uma boa condição mental e psíquica. O Coração (Xin) controla o Sangue (Xue) e guarda o Espírito; o Fígado (Gan) armazena o Sangue(Xue)

e controla a dispersão e a drenagem e o Baço Pâncreas (Pi) controla a produção, transporte e a digestão, portanto é pivô da produção de Energia (Qi) e Sangue (Xue). Se houver excesso de pensamentos ou um excessivo esforço intelectual haverá a agressão ao Coração (Xin), com o esgotamento do Sangue (Xue), subsequente agressão à energia do Baço Pâncreas (Pi) que acaba por se manifestar com palpitação, perda de memória, insônia, excesso de sonhos e sintomas de deficiência do Baço Pâncreas (Pi) como diarreia, distensão abdominal e dispepsia (He & Ne, 2001).

Quando há um choque ou se é acometido de um grande susto, os meridianos imediatamente atingidos são o Coração (Xin) e os Rins (Shen). O choque atinge as pessoas e pode torná-las agitadas ou paralisadas. Em curto prazo, as pessoas ficam desorientadas, emocionalmente voláteis, agitadas ou fatigadas e experimentam sensações desagradáveis no coração. Nestas condições, o Coração (Xin) é o mais atingido, mas se houver persistência dos elementos estressores, haverá um esgotamento da energia renal (Hicks, Hicks, Mole, 2011).

Outras fontes de adoecimento podem ser: a alimentação, sua qualidade e regularidade, excesso de trabalho, falta de descanso e lazer, falta de exercícios; agressões externas como arma de fogo, quedas, queimaduras, picadas de inseto, congelamento etc (Maciocia, 2007).

O que favorece o adoecimento é a resultante da luta entre a força da energia patogênica (Xie Qi) e a energia primordial (Zheng Qi), que corresponde à energia que permite as atividades funcionais dos órgãos, vísceras, meridianos, energia (Qi) e Sangue (Xue). Quando a energia patogênica vence a energia primordial, a doença entra em curso e emergem sintomas de desequilíbrio entre o Yin e Yang dos órgãos, vísceras, Qi, Xue etc. O estado de espírito também recebe influência direta das emoções. Se a emoção fluir, tanto quanto o Qi ou o Xue, haverá a manutenção do equilíbrio e do bem-estar. No Su Wen, no capítulo sobre a preservação da saúde e

da energia primordial, encontra-se que a quietude da mente e ausência de desejos favorece a suficiência da energia essencial, que defende internamente o espírito, impedindo o aparecimento de doenças (Wang, 2001).

Os pensadores e filósofos chineses tentaram orientar as pessoas sobre a melhor forma de atingirem a realização em suas vidas, nutrindo seu espírito e mantendo a saúde. No Ling Shu (parte do Huan Di Nei Jing) se lê que quando os sábios cultivam a saúde, eles buscam harmonizar a alegria e a raiva, voltando-se para a quietude e para o silêncio. Silêncio este, que cultiva a paz no Coração (Xin), tranquiliza a Mente (Shen) e torna possível suportar os efeitos nocivos das emoções sobre a saúde (Hicks, Hicks, Mole, 2011).

3.7.6 Padrões de desequilíbrio do Estresse segundo Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

Quanto aos diferentes padrões de desequilíbrio que podem ser encontrados em uma situação de estresse, cabe ressaltar que alguns padrões podem aparecer de forma isolada ou associada, estabelecendo um conjunto de padrões (associação de dois padrões: síndrome simples) ou mais de dois padrões associados (síndrome complexa). Embora existam alguns possíveis diagnósticos prévios, é importante observar o indivíduo em sua especificidade constitucional e os condicionantes externos que estão atuando naquele momento e contexto. A listagem sugerida é um ponto de referência para os diagnósticos a serem discutidos no presente estudo.

Na MTC, o estresse está relacionado ao desequilíbrio de diversos meridianos. Se considerarmos a divisão trifásica sugerida por Selye(1965), *alerta, adaptação e exaustão*, podem ser agrupados alguns diagnósticos para cada uma das fases. Tomando por base os principais padrões descritos por Maciocia (2007), a

seguir sugerimos alguns diagnósticos de MTC para a **Fase de Alerta**:

1. Estagnação de Qi do Tórax (Coração/Xin e Pulmão/Fei)

- sintomas de taquicardia, taquipnéia, boca seca, respiração alterada, vasoconstrição periférica, frieza nas mãos e pés e aumento de Pressão Arterial; dificuldade de dormir, o aumento de motivação e entusiasmo pode estar relacionado ao elemento Fogo.
- Pulso rápido ou acelerado, superficial nas primeiras posições (C/P) e língua sem grandes alterações ou com a ponta levemente mais avermelhada.

2. Estagnação de Qi do Fígado(Gan)

- irritabilidade, nervosismo e tensão muscular; aperto e ranger dos dentes, nó no estômago, vontade inesperada de iniciar novos projetos pode estar relacionada ao elemento Madeira.
- Pulso em Corda ou superficial principalmente na posição média do lado esquerdo, língua sem grandes alterações.

3. Calor de Estômago (Wei)

- o aumento de apetite está relacionado ao excesso ou Calor de Estômago, inibição da produção de saliva (boca seca); pode-se também encontrar dor e sensação de queimação no epigástrico, sangramento gengival, regurgitação ácida, náusea, vômito após alimentar-se, entre outros sintomas.
- Pulso rápido e superficial na posição média direita; língua avermelhada, com rachadura central, saburra amarela e seca (Calor de Estômago/Wei).

Padrão de Deficiência:

1. Deficiência de Qi do Baço Pâncreas (Pi)

- inibição da digestão, diarreia passageira; a inapetência é um sintoma de deficiência de Qi de Estômago (Wei) e Baço Pâncreas (Pi).
- Pulso profundo na posição média direita, língua com marca de dentes para Deficiência de Qi do Baço Pâncreas (Pi)

Para a **Fase da Adaptação** foram escolhidos os seguintes diagnósticos:

Padrões de Excesso:

1. Fogo do Fígado(Gan)

- irritabilidade, propensão a explosões de fúria, zumbido, surdez, cefaléia temporal, tontura, rubor facial e hiperemia da conjuntiva, sede, gosto amargo na boca, sonho com distúrbios de sono, constipação com fezes ressecadas, urina de coloração amarelo-escura, epistaxe, hematêmese e hemoptise.
- Pulso cheio, em Corda, principalmente na posição média esquerda; Língua com as bordas avermelhadas, às vezes seca, com saburra amarelada.

2. Calor do Estômago(Wei) (*vide fase de Alerta*)

3. Fogo do Fígado(Gan) invadindo o Pulmão(Fei)

- aparecimento de problema de pele, eczemas, prurido, rinites alérgicas, cansaço, falta de ar, suscetibilidade a poeira, ácaros etc, e os mesmos sintomas de Fogo do Fígado.
- Pulso em Corda e profundo na posição anterior do punho direito e língua avermelhada, com fissuras na área de pulmão e estômago.

4. Agitação do Fogo do Coração

- Palpitação, sede, úlceras nas bocas e na garganta, agitação mental, sensação de inquietude, impulsividade, sensação de calor, insônia, rubor facial, urina de coloração escura ou sangue na urina e gosto amargo na boca, pressão alta.

- Pulso cheio, rápido, abundante especialmente sob a posição frontal esquerda e Língua avermelhada, com fissuras no centro da língua em direção à ponta da língua, saburra seca e amarela.

Padrões de Deficiência:

1. Deficiência do Wei Qi de Defesa composto por Qi do Pulmão (Fei) e do Qi/Xue do Baço Pâncreas(Pi)

- Diminuição de resistência, tendência a resfriar-se, desgaste, cansaço, sensação de flutuação e tontura, falta de apetite, formigamento de mãos e pés.
- Pulso Deficiente na posição anterior e média do punho direito e língua empalidecida com marca de dentes.

2. Deficiência de Yin do Rim e do Yin/Xue do Coração(Xin)

- Tontura, zumbido, vertigem, memória debilitada, surdez, sudorese noturna, boca seca à noite, calor dos cinco palmos, sede, lombalgia, dor nos ossos, emissão noturna, constipação, urina escassa e escura, palpitação, insônia, sono com sonhos inquietantes, propensão a assustar-se, memória debilitada, ansiedade, agitação mental, preocupação e inquietação.
- Pulso flutuante-vazio, rápido; Língua avermelhada com a ponta mais vermelha, rachaduras na linha média alcançando a ponta.

Na **Fase de Exaustão** haverá aumento dos sintomas somáticos e psicossomáticos, ou seja, começam a falhar os mecanismos de adaptação e ocorre déficit das reservas de energia. O organismo já não é capaz de se equilibrar por si só. Portanto, somam-se aos padrões referidos de excesso relativo da Fase de Adaptação, as deficiências decorrentes do desgaste das substâncias vitais, do Qi, Xue, Yin e Yang.

Padrões de Excesso e Deficiência no mesmo elemento:

1. Ascensão do Yang do Fígado (Gan) e Deficiência de Yin do Fígado (Gan)

- perda de senso de humor, tiques/manias, tontura frequente, irritabilidade aparente, sensação de não ser competente, pressão alta, pesadelos, explosões de fúria, zumbido, cefaléia temporal, tontura, hiperemia da conjuntiva, sede, gosto amargo na boca, sonho com distúrbios de sono, constipação com fezes ressecadas, urina de coloração amarelo-escura, epistaxe, hematêmese e hemoptise.
- Pulso superficial, forte na superfície e fraco no profundo; língua vermelha, principalmente nas laterais, seca e com saburra amarela.

Padrões de Deficiência:

1. Deficiência de Yin do Rim (Shen) e do Coração (Shen) (vide fase de Adaptação)

Padrões de Excesso e Deficiência entre os elementos:

1. Fogo do Fígado dominando excessivamente o Baço Pâncreas(Pi)/Estômago(Wei)

- Tontura frequente, excesso de gases, diarreia frequente, mudança extrema de apetite, náuseas/ânsia de vômito, pensar em um só assunto, úlcera, sono não reparador, cansaço.
- Pulso em Corda, rápido e forte na posição média esquerda e profundo na posição média direita (Deficiência de Baço Pâncreas) ou rápido e forte também na posição média direita (Deficiência de Yin do Estômago/Excesso de Yang do Estômago). Para o primeiro caso, a língua estará com fissuras por todo o corpo da língua, ou estará edemaciado e

no segundo caso haverá uma fissura central que se dirige para a ponta.

2. Fogo do Fígado(Gan) invadindo o Pulmão(Fei) (*vide fase de Adaptação*)

Padrões de Excesso:

1. Agitação do Fogo do Coração (*vide fase de Adaptação*)

2. Estagnação de Qi e Xue do Coração

- Palpitação, dor na região precordial que se irradia para a área interna do braço esquerdo ou para o ombro, plenitude torácica, desconforto ou sensação de opressão ou constrição torácica, cianose nos lábios e unhas e mãos frias.
- Pulso em nó (com falhas de alguns batimentos) e língua de cor púrpura.

3.7.7 Justificativa para a escolha dos padrões de desequilíbrio

Os sinais e sintomas referidos na **Fase de Alerta** do Estresse evoluem para a Fase de **Adaptação ou Resistência**, com o agravamento de muitos dos padrões referidos no primeiro estágio. Segundo Maciocia (2007), a função do Gan (Fígado) é de manter o livre fluxo de Qi pelo corpo. Quando há alterações emocionais, o Qi do Fígado estagna, gerando padrões de Excesso de energia, que acabam por se estender ao Xin (Coração). Pela Lei da dominação, o Gan lesa o Pi (Baço-Pâncreas), gerando sintomas de inapetência e problemas gastrointestinais. A diminuição da resistência aos elementos estressores, com a diminuição da imunidade mostra o gradativo declínio de Qi (Energia) e do Wei Qi (Qi Defensivo) (Ross, 2003).

Segundo Maciocia (2007), a deficiência de Qi do Baço-Pâncreas pode evoluir para Deficiência de Yang do Baço-Pâncreas, surgindo novos sintomas, com o acúmulo de Umidade, em forma de mucosidade e secreções, que se mantêm de diferentes formas no corpo. A presença da Umidade gera Calor, transformando-se em Calor Umidade, que na Terceira Fase de Estresse, associada à Deficiência geral energética, propicia o surgimento de processos infecciosos, inflamatórios recorrentes, bem como enfermidades auto-imunes. Uma vez que o Qi do Baço-Pâncreas é responsável pelo transporte e transformação dos alimentos, na terceira fase surgem os sinais de Deficiência de Xue(Sangue), gerando insônia, depressão, cansaço, fadiga e tontura.

Como já explanado anteriormente, na **Fase de Exaustão** há um aumento dos sintomas somáticos e psicossomáticos, ou seja, começam a falhar os mecanismos de adaptação e ocorre déficit das reservas de energia. O organismo já não é capaz de se equilibrar por si só (Selye, 1965). Portanto, somam-se aos padrões referidos de excesso relativo da Fase de Adaptação, as deficiências decorrentes do desgaste das substâncias vitais, do Qi, Xue, Yin e Yang.

Após um período cumulativo de estresse, a Estagnação de Qi no tórax da Fase de Alerta poderá se transformar em Estagnação de Sangue (Xue), prejudicando principalmente o Coração (Xin) que governa o Sangue (Xue), elevando a possibilidade de angina e infartos (Estagnação de Xue). Por outro lado, a frequente estagnação de Qi do Fígado poderá evoluir para Fogo do Fígado ou Ascensão do Yang do Fígado (Gan), com deficiência de Yin do Fígado (Gan). Quando o Yin do Fígado e o Yin dos Rins estão vazios energeticamente, não podem controlar o Yang do Fígado. Aparentemente é o Yang que se sobressai com sintomas de excesso, porém é efetivamente a Deficiência de Yin a verdadeira causa (Yin vazio, Yang forte demais) (Maciocia, 2007).

Assim, o Yang hiperativo do Fígado(Gan) finda por lesionar o Yin do Fígado(Gan), gerando um calor interno que consome o Yin de diversos sistemas, como o Yin do Coração (Xin) e dos Rins (Shen). A deficiência de Yin gera calor aparente e a pessoa se mostra ágil, acalorada, esperta, ativa e alegre. Mas, inevitavelmente, finda por sofrer cronicamente de sintomas crônicos de excesso de calor (insônia, inquietação, ansiedade, nervosismo, impaciência, irritabilidade, com propensão a comportamentos coléricos e descontrolados) somados à deficiência de Yin(cansaço, fadiga, secura).

Quanto aos Rins (Shen), O Yin do Rim (Shen) representa a Essência e os fluidos dentro do Rim. O Yang do Rim (Shen) é a força motriz de todo o processo fisiológico, sendo a base da transformação e do movimento. O Yin do Rim (Shen) é o fundamento material para o Yang do Rim (Shen) e este, é a manifestação exterior do Yin do Rim (Shen) (Ross, 2003).

Ao estudar a etiologia dos padrões de desequilíbrio dos Rins (Shen), tem-se que o excesso de trabalho, físico e mental, sob condições de estresse, sem suficiente descanso, longas horas de trabalho, refeições rápidas, com horário irregular, tarde da noite, discussões sobre negócios na hora das refeições, atividade mental excessiva em desarmonia com atividade física, todos esses fatores afetam o Yin Qi, pois o organismo não tem tempo de se recuperar e de se nutrir. Desta forma, para que a pessoa possa continuar suas atividades e não tendo reabastecido suficientemente o Yang Qi, Yin Qi e Xue, o organismo passa a utilizar as Essências Yin, estocadas no Rim (Shen), causando a deficiência de Yin do Rim (Shen) (He & Ne, 2001).

Em outras palavras, o Rim (Shen) funciona como um gerador de reserva. Quando não há luz, o gerador entra em ação temporariamente para que não haja a total parada das atividades. A energia que faltar será utilizada do estoque e, assim, o Rim (Shen) passa a sofrer de deficiências em todos os seus aspectos e poderá

gerar doenças nos próprios rins e em outros sistemas (Qi, Yin, Yang, Essência).

Importante ressaltar, porém, que os indivíduos têm naturalmente uma tendência constitucional mais Yin ou Yang; desta forma, tenderá a responder de forma diferenciada às situações de estresse. Uma pessoa Yang responderá com a exacerbação dos sistemas que tendem ao aquecimento, como por exemplo, os meridianos da Madeira e do Fogo. Estes sistemas sofrerão com o hiperaquecimento, com a subida de Yang do Fígado (Gan) e do Coração (Xin), conforme a Figura 2 (Maciocio, 2007).

Tal aquecimento pode levar também ao aquecimento do Estômago (Wei). Os sintomas referidos serão os de agitação, irritabilidade, inquietude, insônia, fome excessiva, bruxismo, palpitações, dores de cabeça e no peito, idéia fixa, assim como um desejo e um ímpeto de resolver imediatamente o problema (He & Ne, 2001). Caso o problema não possa ser solucionado de imediato, o aquecimento excessivo desses sistemas levará a diminuição do Yin e do principal sistema que mantém as águas e o esfriamento do corpo, que são os Rins (Shen). Portanto, associado ao Calor de Fígado (Gan), Estômago (Wei) e Coração (Xin), a pessoa começará a sofrer de Deficiência de Yin dos Rins (Shen).

Por outro lado, uma pessoa com características constitucionais Yin, ao sofrer um impacto estressante, pode desenvolver uma resposta de defesa como pânico, imobilidade e choro como primeira reação. A tendência não será de enfrentamento e sim, de fuga. Ela poderá sofrer de diminuição de apetite, emagrecimento, tendência a se resfriar, diarreias, inchaços, palpitações, sono não reparador e desejo de dormir muito. Tenderão a ficar mais desatentas e deprimidas. Poderá desenvolver Deficiências de Qi do Pulmão (Fei), do Coração (Xin), do Baço Pâncreas (Pi) e do Estômago (Wei), sofrerá mais de Deficiência de Qi e Yang dos Rins (Shen), ficando mais propensa a desenvolver

A Figura 2 ilustra o que foi previamente explicitado, sobre o inter-relacionamento entre os elementos, segundo a teoria dos Cinco Elementos, em algumas de suas possibilidades.

3.8 AURICULOTERAPIA FRANCESA E ACUPUNTURA AURICULAR CHINESA

¹⁷ A Figura 2 foi construída a partir das informações coletadas sobre estresse, os sintomas e as principais possibilidades de desequilíbrios energéticos dos sistemas, utilizando-se o modelo dos Cinco Elementos.

anatômica. Portanto, são escolas cujas abordagens práticas respeitam propostas distintas (Hecker, Steveling, Peuker, 2006).

O presente estudo tomou por base o mapa chinês de auriculoterapia e fundamentou-se no conhecimento e diagnóstico segundo os preceitos da MTC para a escolha dos pontos protocolares e também para a organização e escolha de pontos no grupo sem protocolo. A seguir, um breve histórico da auriculoterapia e a apresentação dos principais mapas a título de contextualização e de justificativa para a escolha do mapa.

3.8.1 Breve histórico da auriculoterapia

Historicamente surgiu em meados do século passado um médico francês que alcançou notoriedade na pesquisa da auriculoterapia e que é considerado o Pai da Auriculoterapia Moderna. O grande mérito de Nogier foi o de sistematizar um mapa auricular à semelhança de um feto invertido (Figura 3), a partir de um estudo minucioso das respostas fisiológicas sistêmicas, quando estimulava áreas da aurícula externa (Nogier, 1998).

Figura 3 - A figura do homem projetada na orelha

Fonte: Landgren K. Ear Acupuncture: a practical guide. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2008. p.28.

Seu interesse e curiosidade surgiram quando observou cicatrizes e áreas de cauterização na aurícula de alguns pacientes, que foram tratados para cialgia por uma “sábia mulher” de nome Madame Barrin. Ela tinha aprendido com o pai, que por sua vez tinha aprendido com um chinês. Ao experimentar o método com agulhas de acupuntura, para seu espanto, Nogier obteve resultados surpreendentes, como alívio de dor imediato. Seu interesse e genialidade o levaram a aprofundar-se cada vez mais na busca da compreensão científica dos efeitos desta técnica (Landgren, 2008).

Ao percorrermos a história, procedimentos terapêuticos envolvendo a orelha têm sido mencionados desde a Antiguidade. Hipócrates comenta sobre o tratamento de impotência utilizando sangria na região externa da orelha; os marinheiros egípcios procuravam melhorar a visão para navegar picando seus lóbulos. Curadores persas faziam cauterizações para dor no ciático. Em 1637, na Europa, Zactus Lusitanus descreveu a cauterização da orelha como uma terapia para dor ciática em Portugal; em 1810, Iganx Colla descreveu a cauterização na parte posterior da aurícula para a mesma razão. Em 1717, Valsalva tratou dor de dente pela aurícula (Hecker, Steveling, Peuker, 2006).

A cauterização foi utilizada também pelo cirurgião Avicena (980-1037), também conhecido como Albucasis. Muitas doenças eram tratadas com cauterização à semelhança da moxabustão, que é a cauterização de pontos de acupuntura com artemísia queimada, realizada há milênios na China. Não se pode precisar, porém, na Europa, quando as cauterizações na orelha tiveram início, embora se saiba que era uma prática da medicina popular. Outras importantes personalidades podem ser citadas na história das cauterizações auriculares: Johannes Scultetus ou Schultheiss (1595-1645), médico e aluno do famoso anatomista Adrian van der Spieghel de Brussels (1578-1625). Porém, o ano mais representativo para a acupuntura auricular contemporânea foi em 1850, em um

artigo de um jornal francês intitulado *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales*, sobre a cauterização da orelha como um tratamento para ciático (Romoli, 2010a).

Um século mais tarde a cauterização auricular foi trazida à luz da ciência por Paul Nogier de Lyon (1908-1996) e sua teoria foi mostrada pela primeira vez em um Congresso de acupunturistas na França, em 1956. Foi publicada na Alemanha em 1957 e rapidamente se espalhou pelos outros países. Em 1958 seu artigo foi traduzido para o chinês e comparações foram feitas entre as pesquisas chinesas sobre a acupuntura auricular (Landgren, 2008).

Em sua teoria, Nogier enveredou-se pela pesquisa científica buscando apoiar-se em conhecimentos de neurologia e embriologia, determinando o microssistema auricular como um reflexo de ação neurológica (Oleson, 2005). Nessa concepção, quando se perfura uma determinada área da cartilagem auricular, estimula-se, a partir desse ponto, alguma área do cérebro, descarregando endorfinas que agem no sistema corporal, acionando a liberação de neurotransmissores (Gori e Firenzuoli, 2007).

Nogier sugeriu a existência de 3 diferentes zonas na orelha externa que estão relacionadas com inervações neuronais distintas e com três categorias de tecidos embrionário, a saber, a ectodérmica (mais externa), a endodérmica (a mais interna) e a mesodérmica, que é a zona intermediária. Por exemplo, a região ectodérmica, correspondente à parte da hélice, trago e lóbulo da orelha, relaciona-se à regulação do sistema nervoso central, à dor neuropática e distúrbios de pele, dores muito superficiais, como as dores provenientes do herpes zoster. As zonas de projeção mesodérmica são as dores subcutâneas ou musculares, as nevralgias, as dores pulsantes, lancinantes e são inervadas pelos nervos occipital menor, trigêmeo e auricular maior. E, finalmente, os órgãos de origem endodérmica, que estão localizados na concha, na parte mais

interna da orelha externa e é innervada pelo glossofaríngeo, facial, vago e um ramo do trigêmeo. As dores mais profundas, evidenciadas por pressão forte, estão localizadas mais na concha (Nogier, 1998).

Figura 4 - Zonas de projeção auriculares segundo tecidos embrionários

Fonte: Adaptado de Nogier PMF. Noções práticas de Auriculoterapia. São Paulo: Andrei; 1998.

Como já explicitado, os pontos da orelha possuem remotas conexões reflexas com outras partes do corpo por intermédio de vias neurais no sistema nervoso central e, é neste cenário que foi proposta a idéia da existência de reflexos víscero-somáticos. Neste sentido, há microssistemas que podem revelar doenças subjacentes do corpo e a existência de reflexos sômato-viscerais, que podem propiciar a cura de uma condição patológica mediante estímulo distante. Dessa forma, a reflexologia dos pés e mãos, assim como a acupuntura escalpeana, são outros exemplos de microssistemas, como canais periféricos terminais no corpo, ligado a uma central no cérebro (Dale apud Oleson, 2005).

Ao analisar os efeitos da acupuntura para redução dos níveis de estresse, Landgren comenta sobre a ação da auriculoterapia na diminuição da liberação do hormônio cortisol, que age sobre os níveis de estresse e tem um forte efeito anti-inflamatório. Como o

cortisol em excesso tem um efeito negativo sobre o corpo, a acupuntura e auriculoterapia teriam um efeito modulatório no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, controlando sua liberação. Os níveis de adrenalina, noradrenalina, ACTH e cortisol respondem a um estímulo mais suave e, se for muito intensa a dor provocada, não haverá declínio dos níveis de estresse (Landgren, 2008).

São os estudos científicos que foram de vital importância para que a auriculoterapia viesse a ter aceitação junto aos cientistas ocidentais (Dal Mas, 2005). O primeiro mapa de pontos de Nogier era composto de 30 pontos mestres, que mais tarde sofreu ampliações (Nogier, 1998).

Foi criado o *Medical Studies Group of Lyons* (GLEM), com o propósito de explorar os benefícios de auriculoterapia e outros estudiosos, inclusive seu filho, Raphael Nogier deram continuidade à sua pesquisa (Nogier, 2009).

Figura 5 - Os 30 pontos mestres propostos por Paul Nogier

Fonte: Adaptado de Nogier PMF. *Noções práticas de Auriculoterapia*. São Paulo: Andrei; 1998.p12.

E, quanto aos chineses, embora a auriculoterapia tenha sido citada em antigos textos chineses, não foi documentado um mapa de pontos com as localizações. O primeiro mapa documentado foi escrito por Zhang Di-Shan, da dinastia Qing, em 1888. Em seu livro “Técnicas essenciais de Massagem”, foi apresentado um mapa com as 5 regiões correspondentes aos cinco órgãos (Coração, Rim, Baço, Fígado e Pulmão), os principais Zang da Teoria dos Cinco Elementos (Romoli, 2010a). Na segunda parte do Huang Di Nei Jing, no Ling Shu, há observações sobre o tratamento pela aurícula. Mas, não da forma como tem sido concebida hoje (Hecker, Steveling, Peuker, 2006).

Os chineses revisaram o uso da acupuntura em 1958, após tomarem conhecimento do mapa de Nogier. E pesquisas começaram a ser realizadas no intuito de padronizar um mapa auricular. Xu Zuo-Lin de Beijing, em 1959, realizou o que foi provavelmente a primeira validação clínica com 255 pacientes para as mais diferentes doenças utilizando auriculoterapia. A partir do mapa de Nogier, Xu introduziu uma série de nove pontos relacionados com a MTC. Um deles foi o Shen, o ponto da vitalidade que ficou mais tarde conhecido como Shenmen. Este ponto é bastante utilizado para o tratamento das mais diferentes enfermidades e sintomas psíquicos e físicos (Romoli, 2010a).

A necessidade de uma padronização tornou-se uma necessidade urgente e, em 1982, a Organização Mundial de Saúde findou por confiar a uma equipe de pesquisadores do *WHO's Regional Office for the Western Pacific*, a uniformização de pontos no mapa auricular. Foram cinco anos de discussão para que um documento final pudesse emergir, tendo sido definidas as áreas anatômicas na orelha.

Dos 90 pontos propostos para o Comitê Internacional de pesquisadores chineses, 39 pontos obedeceram aos três critérios de

inclusão propostos previamente, a saber: (1) um nome comum internacional em uso; (2) valor terapêutico comprovado; (3) localização aceita por todos. Outros encontros continuaram sendo realizados pelos pesquisadores chineses e, em 1993, pelo menos 68 pontos foram definidos como aceitos em nível nacional na China (*Technical Supervision Bureau of State*, 1993).

Dentre os pontos importantes que não foram incluídos de imediato no mapa chinês, por não atenderem aos três critérios iniciais estavam: o ponto da glândula adrenal, coração, baço, estômago e rim. O mapa chinês que serviu de base para o presente estudo está apresentado a seguir na Figura 6, com os posicionamentos atualmente aceitos dos pontos que ainda faltavam no mapa.

Figura 6:-Mapa de auriculoterapia chinesa

Fonte: Hecker HU, Steveling A, Peuker ET. *Microsystems Acupuncture*. New York: Thieme Stuttgart;2006.p.17

Figura 7- Lista de pontos de auriculoterapia chinesa

Auricular Acupuncture Points According to Chinese Nomenclature in Numerical Order and with Names		
1 Analgesic Point for Tooth Extraction	39 Thoracic Vertebrae Zone (TVZ)	79 External Genitals Point
2 Roof of Mouth Point	40 Lumbar Vertebrae Zone (LVZ)	80 Urethra Point
3 Floor of Mouth Point	41 Throat Point	81 Rectum Point
4 Tongue Point	42 Thorax Point	82 Diaphragm Point
5 Upper Jaw Point	43 Abdomen Point	83 Bifurcation Point
6 Lower Jaw Point	44 Mammary Gland Point	84 Mouth Zone
7 Analgesic Point for Toothache	45 Thyroid Point	85 Esophagus Zone
8 Eye Point	46 Toe Point	86 Cardia Zone
9 Inner Ear Point	47 Heel Point	87 Stomach Zone
10 Tonsil Point	48 Ankle Point	88 Duodenum Zone
11 Cheek Zone	49 Knee Joint Point	89 Small Intestine Zone
12 Apex of Tragus Point	50 Hip Joint Zone	90 Appendix Zone 4
13 Adrenal Gland Point	51 Vegetative System	91 Colon Zone
14 External Nose Point	52 Sciatic Nerve Zone	92 Bladder Zone
15 Larynx, Pharynx Point	53 Posterior	93 Prostate Zone
16 Inner Nose Point	54 Lumbar Vertebrae Pain Point	94 Ureter Zone
16a Auriculotemporal Nerve	55 "Spirit Gate," <i>shen men</i>	95 Kidney Zone
17 Thirst Point	56 Pelvis Point	96 Pancreas and Gallbladder Zone
18 Hunger Point	57 Hip Point	97 Liver Zone
19 Hypertension Point	58 Uterus Point	98 Spleen Zone
20 External Ear Point	59 Blood Pressure-Reducing Point	99 Ascites Point
21 Heart Point	60 Dyspnea Point	100 Heart Zone
22 Endocrine Zone	61 Hepatitis Point	101 Lung Zone
23 Ovary Point	62 Finger Point	102 Bronchial Zone
24a Eye Point 1	63 Clavícula Point	103 Trachea Zone
24b Eye Point 2	64 Shoulder Joint Point	104 Triple Burner Zone
25 Brain Stem Point	65 Shoulder Point	105 Blood Pressure-Reducing Furrow
26 Toothache Point	66 Elbow Point	106 Lower Back Point
26a Pituitary Gland Point	67 Wrist Point	107 Upper Back Point
27 Larynx and Teeth Point	68 Appendix 1	108 Mid-Back Point
28 Brain Point	69 Appendix 2	
29 Epithelium Point	70 Appendix 3	
30 Parotid Gland Point	71 Urticaria Zone	
31 Asthma Point	72 Helix (1-6)	
32 Testis Point	73 Tonsil 1	
33 Forehead Point	74 Tonsil 2	
34 Gray Substance Point	75 Tonsil 3	
35 Sun Point	76 Liver 1	
36 Roof of Mouth Point	77 Liver 2	
37 Cervical Vertebrae Point	78 Ear Tip Point	
38 Sacrum and Coccyx Vertebrae Point		

► Points 105-108 are located on the back of the ear.

Fonte: Hecker HU, Steveling A, Peuker ET. Microsystems Acupuncture. New York: Thieme Stuttgart; 2006. p18.

Na verdade, o que de fato diferenciam os sistemas apresentados, não seriam somente divergências na localização de alguns pontos, como se pode observar entre o mapa de Nogier e o chinês em pontos como Rim, Coração, Quadril, Joelho etc. Mas, a

forma como se escolhe ou se determina um tratamento, que é o grande diferencial entre uma prática e outra.

Neste estudo, a auriculoterapia chinesa foi escolhida por permitir a avaliação energética segundo os fundamentos da MTC, possibilitando assim, flexibilizar protocolos padronizados de tratamento, segundo um olhar mais individualizado e personalizado.

3.8.2 Pontos auriculares para problemas emocionais

Segundo Landgren (2008) há uma quantidade bem grande de pontos que atuam sobre os desequilíbrios psicológicos e cujas indicações estão sugeridas em livros que buscam unir os diferentes mapas desenvolvidos. Preocupação, ansiedade, síndromes relacionadas ao estresse tais como *burn-out*, exaustão, dificuldade de adormecer, depressão, agressividade, pouca concentração e cansaço podem ser tratados pela auriculoterapia para auxiliar no retorno a uma condição estável psicologicamente.

A maioria dos pontos mais comumente utilizados para tratamento de problemas psicológicos são os pontos: Shenmen, Ponto de Jerome, Pescoço, Ponto do Sistema Nervoso Autônomo Simpático, Tálamo, Hipotálamo, Cérebro, Tronco Cerebral, Ponto Zero, Relaxamento muscular, o Ponto V ("*Valium*"), Agressividade, Frustração e Mania. Atrás da orelha, o ponto Shenmen é um excelente ponto que pode tratar ansiedade, preferencialmente com sementes ou esferas(Landgren, 2008).

O ponto da Insônia 1 e 2 são também utilizados para o tratamento de distúrbio do sono. O ponto Suprarenal 1 e 2 podem ser adicionados nos casos de estresse. O ponto Depressão e Cérebro para depressão. O ponto Endócrino, em casos de desequilíbrio hormonal; o ponto Clima, para sintomas que aparecem nas mudanças climáticas; Estômago se houver ansiedade e Vitalidade quando a doença é de longa data.

De acordo com a MTC, a depressão pode ser causada pelo distúrbio nos meridianos do Coração e do Fígado, portanto tais pontos podem também ser utilizados. De acordo com a MTC, os rins têm uma forte conexão com as atividades cerebrais(Garcia, 1999). Os pontos auriculares estão demonstrados na Figura 8, a seguir.

Figura 8 - Pontos auriculares para problemas emocionais

1. Shen Men	8. Pescoço	15. Nervo Vago
2. Insônia 1	9. SNASimpático	16. Psicossomática
3. Insônia 2	10. Hipotálamo	17. Clima
4. Coração	11. Agressividade	18. Ponto V
5. Rim	12. Mestre do cérebro	19. Estômago
6. Cérebro	13. Endócrino	20. Glând. adrenal 1
7. Ponto Jerome	14. Ponto Zero	21. Glând.adrenal 2

Fonte: Landgren K. Ear Acupuncture: a practical guide. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2008. p.206.

Pontos sugeridos para Estresse: Adrenal 1, Adrenal 2, Ponto V, Ponto Zero, Shenmen, SNVSimpático ou Autônomo Simpático, Mestre do Cérebro, Relaxamento muscular, Psicossomático, Endócrino, Pescoço, Ponto de Jerome, Fígado.

Pontos para *Burn-out* ou Síndrome da Fadiga Crônica: Shenmen, Coração, Cérebro, Estômago, Tálamo, Rim, Fígado, Endócrino, Vitalidade, Depressão, Adrenal 1 e 2, Ponto Zero, Mestre do Cérebro, Pescoço, Ponto de Jerome.

Preocupação, Ansiedade: Mestre do Cérebro, Ponto Zero, Shenmen, SNVSimpático, Cérebro, Coração, Ponto de Jerome, Pescoço, Hipotálamo, Psicosomática, Ponto V, Estômago, Adrenal 1 e 2, Nervo Vago (Landgren, 2008).

3.8.3 Indicações e Contraindicações da auriculoterapia

A auriculoterapia é indicada para o tratamento de muitas enfermidades: dolorosas, inflamatórias, endocrinometabólicas e do sistema urogenital, enfermidades de caráter funcional, crônicas, infecto-contagiosas etc. É indicada em casos em que o doente tem a necessidade de alívio imediato de dor, dores pungentes, agudas e crônicas, perturbações psíquicas como ansiedade e depressão, angústia, falta de concentração, vertigens, gagueira, perturbações do sistema autônomo, intoxicações por uso de drogas, tabaco e medicações (Garcia, 1999).

Quanto mais aguda a doença, maior a chance de sucesso no tratamento, pois as doenças crônicas respondem mais lentamente e com limitações a terapêuticas como a auriculoterapia ou mesmo com a acupuntura corporal. Os distúrbios crônicos respondem com mais sucesso quando combinados com outros métodos terapêuticos, tais como, acupuntura, quiropraxia, fitoterapia etc. A princípio, todas as doenças poderiam ser tratadas pela auriculoterapia, desde que tenha a possibilidade e a capacidade da auto-regulação (Hecker, Steveling, Peuker, 2006).

As contraindicações são sempre relativas ao bom senso em relação a essa terapêutica complementar para o bem estar do paciente. Não se deve abandonar um tratamento de alguma doença grave para utilizar somente a auriculoterapia. Cuidados especiais devem-se ter com as mulheres grávidas, principalmente em pontos do trato urogenital e pontos hormonais. Não é indicado para casos muito graves, que incluem risco de vida ou doenças inflamatórias, para doenças com indicação de cirurgia e inflamações na região da aurícula. Entretanto, a auriculoterapia tem sido utilizada com sucesso como terapia adjuvante no pré e pós-operatório para redução de dor. Outra contraindicação seria a extrema sensibilidade à dor (Hecker, Steveling, Peuker, 2006).

Medicamentos como neurolépticos fortes costumam constituir obstáculos para a obtenção de bons resultados pela terapêutica auricular. Segundo Nogier (2009), distúrbios de lateralidade devem ser considerados também como bloqueios para bons resultados da auriculoterapia.

3.8.4 A acupuntura auricular como diagnóstico

A auriculoterapia chinesa usa tanto os diagnósticos clínicos (história clínica, fisiopatologia) como também o diagnóstico pela Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Mas, é possível realizar o diagnóstico a partir da observação e palpação do próprio pavilhão auricular. Quando um órgão apresenta algum distúrbio, a área auricular correspondente pode sofrer uma alteração pigmentar, como manchas, vascularizações, secura ou maior secreção sebácea. Alguns pontos podem se mostrar sensíveis ao toque e podem ficar marcados pela pressão. A exploração pode ser feita manualmente, por um objeto explorador ou por um detector elétrico (Romoli, 2010b).

Segundo Souza (2001), os estudiosos chineses de auriculoterapia definiram três principais características a serem analisadas na aurícula.

1. As modificações de pigmentação:

- a) Palidez: indicando deficiência orgânica e diminuição de atividade ou paralisação das funções orgânicas ou processo degenerativo (tonifica-se o ponto);
- b) Eritema, que indica hiperatividade funcional, processo de desequilíbrio por hiperfunção (deve-se sedar o ponto);
- c) Manchas senis ou condensação de melanina que indicam a incidência de problemas crônicos (tonificação da área reflexional atingida);

2. Modificações morfológicas:

- a) ressecamento da pele indica enfermidade de natureza crônica (tonifica-se);
- b) Exsudação sebácea indica enfermidades de natureza subaguda (seda-se);
- c) Sudorese indica tendências para doenças degenerativas (tonifica-se);
- d) Cistos ou tubérculos são sinais de doença aguda, que pode estar ocorrendo ou irá ocorrer em órgãos correspondentes aos pontos (seda-se o ponto ou se não houver sintomas, tonifica-se);
- e) Pêlos indicam degeneração senil e escamações indicam enfermidade crônica (tonifica-se).

3. Modificações de sensibilidade:

- a) hiperestesia indica enfermidades agudas ou subagudas (seda-se);
- b) hipoestesia indica enfermidade crônica (seda-se).

Nogier (2009), por outro lado, definiu nove categorias para o diagnóstico. Romoli e Pata *apud* Romoli(2010b) utilizaram seis categorias para a realização do diagnóstico pela orelha, incluindo, alterações da pele da orelha externa relacionados à: vascularização (palidez, hiperemia, teleangectasia, angioma);

pigmentação (discromia, mácula, nevo); queratinização (disqueratose, distrofia); estrutura cartilaginosa (hipertrofia e hipotrofia); estrutura cutânea (depressão, prega, incisura); estrutura da glândula sebácea (cisto sebáceo).

Existem diferentes formas de se tonificar ou sedar um ponto de acupuntura, mas neste estudo foi utilizada a idéia da profundidade da aplicação na aurícula e a idéia de sangria do ponto. Aplicando-se superficialmente com profundidade de até 1,8 mm, tanto com a agulha sistêmica quanto auricular, sua ação é tonificante. Quanto mais profunda a inserção, mais a ação obtida é de sedação. Segundo Souza (2001), a tonificação é conseguida também quando se utiliza o giro horário na estimulação da agulha sobre o ponto auricular, e a sedação seria no sentido anti-horário.

A vascularização por capilares é maior na superfície do pavilhão auricular, enquanto a rede de filamentos nervosos é localizada mais profundamente. Uma aplicação superficial das agulhas estimula mais a área circulatória, intensificando o reflexo de tonificação. A aplicação profunda estimula mais a malha de filamentos nervosos e este reflexo levado ao cérebro, provoca sedação. Podemos intensificar a ação das agulhas, através de aparelhos eletrônicos (Souza, 2001).

Frente a estas prévias colocações e dando seguimento à pesquisa para o reconhecimento da aplicabilidade da auriculoterapia chinesa para melhoria dos níveis de estresse e da qualidade de vida de profissionais que trabalham em ambiente hospitalar, o presente estudo questiona se os resultados alcançados com a auriculoterapia protocolar e a auriculoterapia com protocolo adaptável conseguem diferentes graus de eficácia quanto à diminuição dos níveis de estresse. E, se reduzindo o estresse, há melhora na qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem.

4 HIPÓTESES DO ESTUDO

1. A hipótese de nulidade é de que as médias das diferenças entre os níveis de estresse e de qualidade de vida nos 3 tempos (*baseline*, após 12 sessões, *follow-up*) e nos 3 grupos (controle, grupo protocolo, grupo sem protocolo) são iguais e a hipótese alternativa é de que existe pelo menos uma média diferente. A rigor, testa-se se os "efeitos dos tratamentos são iguais".
2. A hipótese de que as médias das diferenças entre os níveis de estresse em agrupamentos por nível de estresse (alto e médio), por presença ou ausência de morbidade, avaliadas nos 3 tempos e nos 3 grupos são iguais e a hipótese alternativa é a de que existe pelo menos uma média diferente.
3. A hipótese de que há correlação negativa entre os níveis de estresse e a qualidade de vida, portanto, de que quanto mais altos são os níveis de estresse, piores são os escores de qualidade de vida.
4. A hipótese de que há correlação positiva entre os pontos auriculares escolhidos no grupo sem protocolo com os diagnósticos de Medicina Tradicional Chinesa encontrados no início do estudo.

5 MÉTODO E CASUÍSTICA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Primeira Fase da Pesquisa

A primeira fase da pesquisa consistiu de um levantamento epidemiológico, com caracterização da população que compõe a equipe de Enfermagem do Hospital Samaritano, com relação aos dados sócio-demográficos, níveis de estresse e perfil de saúde dos profissionais. Trata-se de um estudo com delineamento do tipo transversal, com base na avaliação do estado de saúde geral. Esta primeira etapa foi requisito prévio para a realização do ensaio clínico. Os dados foram coletados de Novembro de 2011 a Janeiro de 2012.

Segunda Fase da Pesquisa

Trata-se de um Ensaio Clínico Controlado Randomizado ou Aleatorizado simples-cego, com 3 grupos: Grupo controle (sem nenhum tratamento), Grupo 1 de intervenção (auriculoterapia com agulhas semipermanentes com protocolo fechado) e Grupo 2 de intervenção (auriculoterapia com agulhas semipermanentes sem protocolo). Coleta realizada de Fevereiro a Julho de 2012.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Samaritano¹⁸ em São Paulo. É um Hospital Geral Privado, tem 117 anos de atividade e é reconhecido nacional e internacionalmente pelo mais importante órgão certificador de padrões de qualidade das instituições do mundo, a *Joint Commission International* (JCI). Foi fundado em janeiro de 1894 e conta com muitos setores e áreas de atuação: Pronto Socorro Adulto, Obstétrico e Infantil; Unidade de Terapia

¹⁸ Disponível em: <http://www.samaritano.org.br/pt-br/Paginas/default.aspx>

Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal; Centro de Terapia Intensiva em Cardiologia; Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico; *Day Clinic* e Unidades de Internação em todas as especialidades médicas, incluindo Maternidade e Pediatria. Tem também um importante setor de Medicina Diagnóstica nas áreas de: Anatomia Patológica, Angiografia digital (diagnóstica e intervencionista); Banco de Sangue e Hemoterapia; Fonoaudiologia; Endoscopia, Exame de Líquor; Fisioterapia; Hemodiálise; Laboratório Clínico; Litotripsia Extracorpórea; Mamografia Diagnóstica e Agulhamento; Medicina Nuclear e Densitometria Óssea; Núcleo do Ouvido Biônico; Provas de Função Pulmonar; Quimioterapia; Radiologia Diagnóstica e Intervencionista; Ressonância Magnética; Terapia Fotodinâmica; Tomografia Computadorizada Helicoidal; Ultra-Sonografia Diagnóstica e Terapêutica; Unidade Cardiológica não Invasiva e Polissonografia.

A realização de procedimentos e cirurgias de alta complexidade, principalmente nas áreas de cardiologia, neurologia, pediatria, ortopedia e oncologia são os pontos fortes do Hospital, que dispõe de mais 1.300 médicos credenciados, além de uma equipe com mais de 2.200 profissionais altamente capacitados. Conta com uma Unidade de Cuidados Intensivos especialmente para Cardiologia (UCIC), com aparelhagem de última geração e tecnologia de ponta.

Na missão desta instituição o atendimento humanizado e o compromisso social são os grandes objetivos que são sustentados por valores como ética, humanização, excelência, confiabilidade, capacitação e compromisso social. A instituição mantém parcerias com o Poder Público Municipal, Estadual e Federal para realização de obras, pesquisas, ensino e apoio na gestão de hospitais públicos.

O Hospital conta também com projeto próprio – como o programa AMA - Atendimento Multi-Assistencial, que tem como

objetivo melhorar as condições de saúde da população carente da região. Criado desde 2001, além de educar os participantes sobre questões de saúde, higiene e alimentação, o projeto realiza consultas médicas, nutricionais, odontológicas, exames diagnósticos, internações e cirurgias com o mesmo padrão de qualidade oferecido pela instituição.

5.3 AMOSTRA

Primeira Fase da pesquisa: Foram coletados dados sócio-demográficos de 484 profissionais de Enfermagem dos três turnos da equipe de Enfermagem de diversos setores do Hospital.

Segunda Fase da Pesquisa:

Critérios de Inclusão para a Segunda Fase da Pesquisa:

Participaram da amostra somente aqueles sujeitos que apresentaram um escore de pontos entre 37 a 119 pontos pela Lista de Sintomas de Stress de Vasconcellos (LSS). Justifica-se tal escolha, pois no estudo prévio realizado que deu base a esta pesquisa, a auriculoterapia para os escores baixos mostrou-se pouco significativa e também foram poucas as pessoas que apresentaram escores altíssimos, tendo sido convidados somente aqueles com nível médio e alto de estresse; fizeram parte da pesquisa aqueles que voluntariamente quiseram participar (Apêndice I), tendo disponibilidade de horário para submissão às sessões.

Critérios de Exclusão para a Segunda Fase da Pesquisa:

Foram excluídas as gestantes; funcionários que tinham férias marcadas no período da pesquisa; que saíram de licença médica; aqueles que começaram a fazer uso de ansiolíticos e anti-depressivos após o início da pesquisa; aqueles que apresentaram diagnóstico de litíase renal, com indicação cirúrgica de litotripsia, pois o ponto auricular de rim pode estimular a eliminação de pedras; se a pessoa tivesse alergia a metal e ao micropore; aqueles que utilizavam outras

terapêuticas energéticas (acupuntura, massagem, fitoterapia, reiki, terapia floral etc). Não foram excluídos aqueles que já estavam fazendo uso contínuo de medicamentos alopáticos ou que já realizavam terapia psicológica.

Dos profissionais contatados, 484 participaram da primeira fase, 213 foram incluídos na pesquisa para a segunda fase e foram randomizados em 3 grupos de 71 pessoas. A randomização foi feita a partir de um programa chamado *Research Randomizer Quick Tutorial*¹⁹.

Trinta e oito pessoas saíram durante o percurso, conforme fluxograma a seguir, sendo que os motivos para tais desistências foram: 9 pessoas saíram do Hospital Samaritano, 9 saíram de férias, 9 perderam sessões, 6 saíram de licença médica, 3 ficaram grávidas, 2 pessoas saíram por queixas de dor e 1 queixou-se de sangramento do ponto.

Figura 9 - Fluxograma de participação dos sujeitos na segunda Fase

Fonte: Dados coletados pela autora.

¹⁹ Disponível na Internet no site <http://www.randomizer.org/form.htm>

A partir da análise dos resultados obtidos no estudo prévio realizado com auriculoterapia para redução de estresse em equipe de Enfermagem (Kurebayashi, Gnatta, Borges et al, 2012a), pode-se definir o N para o presente estudo. Utilizou-se a variância agrupada para o LSS que foi de 500 (com desvio padrão de 22,36 pontos no escore). Fixando o nível de confiança em 95%, o que corresponde a uma significância de 5% e poder de 80. O presente estudo teve uma amostra que se iniciou com 71 sujeitos em cada grupo e apresentou uma perda em torno de 20% em cada um dos grupos e este N permite afirmar que há um poder de 80% e um nível de confiança de 95%(significância de 5%) nos resultados alcançados.

A fórmula para calcular o tamanho da amostra necessária para comparar a mudança da média do escore do LSS entre dois grupos foi dada por:

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

onde:

σ^2 : variância agrupada

$z_{1-\alpha/2}$: escore z da distribuição normal para um nível de significância α

$z_{1-\beta}$: escore z da distribuição normal para um poder do teste $1 - \beta$

Δ : diferença esperada entre a diferença das médias no momento inicial e final entre dois grupos (Rosner, 2006).

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na primeira fase foi utilizado um questionário sobre dados sócio-demográficos organizado para esse fim (Apêndice II); foram avaliados os níveis de estresse segundo o Inventário sobre Estado de Estresse ou Lista de Sintomas de Stress (LSS), desenvolvido por Vasconcellos (Ferreira, Vasconcellos, Marques, 2002) (Anexo I).

O inventário LSS é composto de 59 sintomas psicofisiológicos e psicossociais de estresse, no qual os entrevistados devem assinalar a presença e a frequência de cada sintoma, por meio de

uma pontuação que varia de 0 a 3 pontos. O entrevistado deve assinalar a frequência com que ocorrem os sintomas, utilizando a escala de (0) nunca, (1) raramente, (2) frequentemente e (3) sempre. A pontuação total desse inventário pode variar de 0 a 177 pontos, sendo que os escores mais baixos indicam ausência ou baixa frequência de manifestação de sintomas, enquanto que os escores mais altos indicam alta frequência dessa manifestação, conforme os dados a seguir:

1. De 0 a 11 pontos o teste é considerado nulo;
2. De 12 a 28 pontos é considerado nível baixo de estresse;
3. De 29 a 60 pontos é considerado nível médio de estresse;
4. De 61 a 120 pontos é considerado nível alto de estresse;
5. Acima de 120 pontos é considerado nível altíssimo de estresse.

Na segunda fase foi novamente utilizada a Lista de Vasconcellos nos 3 momentos de avaliação (*baseline*, após o término das 12 sessões e no *follow-up*), o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo II), o Instrumento sobre Qualidade de Vida relacionada à saúde (SF-36) (Anexo III) e uma Ficha de Avaliação Diagnóstica de MTC (Anexo IV).

Quanto ao ISSL, este instrumento foi desenvolvido e validado por Lipp (2000), inclui 37 itens de natureza somática e 19 de natureza psicológica, totalizando 53 sintomas divididos em três partes, que se referem às fases do estresse. Em cada uma das partes, a pessoa deve assinalar os sintomas físicos ou psicológicos das últimas 24 horas, da última semana ou do último mês, respectivamente. A sequência dos itens que compõem o inventário segue uma ordem hierárquica de intensidade de sintomas, pois é comum a sintomatologia aparecer na Fase de alerta, com pequena intensidade ou frequência, desaparecer na Fase de resistência (houve o enfrentamento ou adaptação ao agente estressor) e

reaparecer na Fase de quase-exaustão ou exaustão com maior intensidade (Lipp, 2000).

O SF-36 foi traduzido para o português e validado por Ciconelli et al (1999) e é um instrumento multidimensional que avalia oito componentes da qualidade de vida, a saber, a capacidade funcional, função física, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, emocional e saúde mental. O escore total de cada domínio varia de 0 a 100, sendo que quanto maior o valor, melhor é a qualidade de vida. Para o presente estudo foi utilizada a segunda versão do SF36.

Os instrumentos de Coleta de Dados foram: a Lista de Sintomas de Stress (LSS) (Anexo I), o Inventário de Sintoma de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o Inventário sobre Qualidade de Vida relacionado à Saúde (SF36) (Anexo III) e um questionário com dados sócio-demográficos (Apêndice II), e uma Ficha Diagnóstica de MTC (Anexo IV).

5.5 COLETA DE DADOS

Os dados somente foram coletados após o Projeto ter sido analisado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP pelo Processo de número 1042/2011(Apêndice III) e pelo CEP do Hospital Samaritano(Apêndice IV) e após explanação e consentimento dos sujeitos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I). O estudo atendeu à Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, ao envolver seres humanos na pesquisa. Foi assegurada aos participantes que estiveram no Grupo Controle a oportunidade de, após o estudo, serem atendidos durante o mesmo período e gratuitamente. Foram garantidos anonimato e confiabilidade dos dados.

Na primeira Fase da Pesquisa foi feito um convite a todos que quisessem participar da pesquisa da Equipe de Enfermagem do

Hospital Samaritano e foram entregues os instrumentos de coleta de dados, sobre Dados Sócio-Demográficos, Termo de Consentimento, questionários de Estresse de Vasconcellos. E, na segunda Fase da Pesquisa, a LSS de Vasconcellos foi novamente utilizada, juntamente com o Inventário de Estresse de Lipp, o Inventário sobre Qualidade de Vida relacionado à Saúde (SF36), todos auto-aplicáveis. Para o diagnóstico de MTC foi aplicada uma Ficha Diagnóstica de MTC desenvolvida no Instituto de Terapia Integrada e Oriental²⁰, escola técnica de acupuntura, que faz uso desta ficha há 7 anos.

Os Grupos 2 e 3 receberam 12 sessões (2 por semana) por um período de 6 semanas. As sessões tiveram uma duração média de 5 a 10 minutos para cada sessão. A Lista de Sintomas de Stress (LSS), o ISSL e o SF36 foram aplicados novamente após completar o tratamento (6 semanas) e após 30 dias sem atendimento (*follow-up*). O mesmo procedimento de aplicação dos respectivos instrumentos foi realizado com o grupo controle.

O Grupo 2 fez uso de um protocolo de pontos: Shenmen, Rim, Tronco Cerebral em tonificação²¹ e Yang do Fígado 1 e 2, em sedação, conforme Figura 10, a seguir.

Figura 10 - Localização de pontos do Grupo Protocolo (2)

Fonte: mapa desenvolvido pela autora

²⁰ Site: www.itio.com.br

²¹ O procedimento de tonificação foi manter as agulhas semipermanentes e o de sedação, foi o de picar e retirar em seguida.

A seguir estão descritas a localização e função desses pontos, segundo Garcia (1999).

Shenmen:

- Localização: situa-se a 2 mm do ponto pelve em direção ao ponto hipotensor, no bordo superior interno da fossa triangular;
- Funções: é analgésico para qualquer tipo de dor; sedante para qualquer doença respiratória e/ou alérgica; e ainda age como anti-inflamatório.

Tronco Cerebral:

- Localização: está localizado no bordo superior da fossa do intertrago;
- Função: estimula a mente, acalma o pânico, a convulsão, tratamento para tosse, febre e bronquites.

Ponto do Rim:

- Localização: situa-se na mesma direção do ponto pelve, mas na concha cimba, no bordo superior por baixo de uma cavidade formada pela cruz inferior da anti-hélice;
- Funções: manutenção e conservação do estado de saúde geral do paciente; usado para fortalecer a região lombar, a medula espinal e a função cerebral; ajuda a manter a harmonia na circulação dos líquidos corporais.

Ponto Yang do Fígado 1 e 2:

- Localização: na borda da hélice, antes e após o tubérculo de Darwin;
- Função: para controlar o Yang Hiperativo do Fígado.

No presente estudo, para a tonificação, foi realizada a colocação de agulhas semipermanentes de 1,5 mm. Para a sedação

foi utilizado o método da punção e retirada imediata, com giro anti-horário no momento da retirada, com profundidade de até 2,5mm aproximadamente, realizada com agulha sistêmica de 0,25 x 30mm.

Na auriculoterapia chinesa não se utiliza o princípio da lateralidade de Nogier (2009), portanto, neste estudo foi escolhida qualquer uma das orelhas para a colocação dos pontos ou se alternou a orelha a cada aplicação.

Após a devida localização dos pontos reativos com um localizador manual, foi feita a higienização com algodão e álcool etílico 70% do pavilhão auricular e aplicação de agulhas semipermanentes de auriculoterapia afixadas com micropore. O tempo de permanência das agulhas, caso não houvesse incômodo, seria de pelo menos três dias. Eles foram orientados para a retirada das agulhas, antes do período solicitado, se houvesse desconforto excessivo, prurido e sinais de alergia. Os pontos Yang do F1 e F2 foram somente puncionados com agulha sistêmica e não foram mantidos como os demais três pontos.

Os materiais necessários para a realização da pesquisa foram: agulhas de auriculoterapia(1,5mm), agulha sistêmica para punção (25X30mm), micropore, tesoura, pinça, aplicador de agulhas, luvas de procedimento, álcool 70% e algodão para antissepsia.

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram calculados valores de média, desvio-padrão e mediana para as variáveis quantitativas. A consistência interna do LSS e SF36V2 foi verificada por meio dos valores de alfa de Cronbach para esta população. O nível descritivo de significância estatística utilizado foi de $\alpha=0,05$. Para todos os testes foi utilizado o programa de estatística SPSS versão 19.0 e os dados foram organizados em planilhas pelo Excell 2007.

Foram utilizados testes não paramétricos para comparar as variáveis sócio-demográficas aos níveis de estresse (teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis) na primeira fase da pesquisa. Testes de correlação de Spearman também foram realizados entre as variáveis sócio-demográficas e o estresse.

Para a segunda fase foram observados os critérios de normalidade dos dados com o teste de Kolmogorov-Smirnov e de homocedasticidade com o teste de Levene para os níveis de estresse (LSS) e para os diferentes domínios do SF36V2. Foi utilizado o teste de Análise de Variância para Medidas Repetidas nos 3 momentos, entre os 3 grupos e o teste Post Hoc de Tukey. Para todos os testes da segunda fase foi medido o tamanho de efeito do tratamento pelo índice d de Cohen e o percentual de mudança, observadas as diferenças médias e o Intervalo de Confiança de 95%.

Para a análise dos sintomas mais responsivos ao tratamento foi utilizado o teste t-pareado, dos dados do *baseline* e do pós-tratamento, dos dois grupos de intervenção.

Quanto ao instrumento do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp(ISSL) utilizaram-se dois critérios de análise: a primeira, a partir dos escores predominantes definidos por Lipp, para a definição da principal fase de estresse encontrada nesta amostra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e os percentuais de ocorrência; a outra análise foi realizada a partir dos dados obtidos em cada um dos questionários (3 questionários), a partir do qual se realizou uma ANOVA de medidas repetidas para cada um dos momentos, no *baseline*, pós-tratamento e *follow-up* e teste de Post Hoc de Tukey.

Para a segunda fase, para todos os testes foi utilizado o índice d de Cohen. Segundo Talheimer e Cook (2002), enquanto os testes estatísticos estudam a chance de erro e acerto ao se afirmar que um dado tratamento foi ou não eficaz, o tamanho de efeito nos permite observar a magnitude do tratamento e de seus efeitos. O teste é importante porque nos permite comparar o tamanho de efeito

de um tratamento e de uma técnica a outra. Embora os percentuais possam ser utilizados em tratamentos controlados, tais cálculos são frequentemente difíceis de interpretar. Todos os testes que foram realizados na segunda fase do presente estudo se utilizaram do índice de Cohen e dos percentuais de mudança para categorizar os resultados e as classificações de tais índices e percentuais estão apresentadas a seguir:

Tamanho de efeito do índice d de Cohen

- ≥ -0.15 e < 0.15 (efeito insignificante)
- ≥ 0.15 e < 0.40 (pequeno efeito)
- ≥ 0.40 e < 0.75 (médio efeito)
- ≥ 0.75 e < 1.10 (grande efeito)
- ≥ 1.10 e < 1.45 (muito grande efeito)
- > 1.45 (enorme efeito)

Percentuais de mudanças e suas classificações

- < -75 (redução enorme)
- ≤ -50 e > -75 (redução muito grande)
- ≤ -30 e > -50 (redução grande)
- ≤ -15 e > -30 (redução média)
- ≤ -5 e > -15 (redução pequena)
- ≥ -5 e < 5 (mudança insignificante)
- ≥ 5 e < 15 (aumento pequeno)
- ≥ 15 e < 30 (aumento médio)
- ≥ 30 e < 50 (aumento grande)
- ≥ 50 e < 75 (aumento muito grande)
- > 75 (aumento enorme)

6 RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA FASE

6.1.1 Descritiva dos dados sócio-demográficos

Um total de 484 pessoas participou do estudo, com 397(82%) mulheres e 87(18%) homens.

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes segundo sexo.

São Paulo, 2012.

Fonte: Dados coletados pela autora.

A média de idade encontrada entre os sujeitos participantes foi de 33,64 anos (Tabela 2). A média de meses em que os mesmos trabalham no setor foi de 51,29 meses e pela Lista de Sintomas de Stress foi encontrada uma média de 45,77 pontos.

Tabela 2 - Média e Desvio-Padrão das variáveis: Idade, Tempo de serviço no setor (meses), escore de estresse. São Paulo, 2012.

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	484	21	60	33,64	7,284
Tempo	484	1	468	51,29	65,917
Estresse	484	6	148	45,77	28,503

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Os percentuais de número de participantes com diferentes níveis de estresse segundo a Lista de Sintomas de Stress(0=nenhum; 1=baixo; 2=médio; 3=alto; 4=altíssimo) estão descritos na Tabela 3, a seguir. Da totalidade, 211 pessoas (43,50%) apresentaram nível médio de estresse como escore com maior frequência.

Tabela 3 - Frequência e percentual dos sujeitos segundo os escores de estresse. São Paulo, 2012.

Níveis de Estresse	N	Porcentagem
Nenhum	29	5,99
Baixo	123	25,41
Médio	211	43,50
Alto	112	23,14
Altíssimo	9	1,86
Total	484	100

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Dos 484 participantes, 49,38% eram de pessoas casadas, 42,35% de indivíduos solteiros, 7,44% separados e 0,83% viúvos, conforme ilustra o Gráfico 2 a seguir.

Gráfico 2 - Distribuição de frequência segundo estado civil.
São Paulo, 2012.

Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

Ao realizar uma análise mais pormenorizada dos diferentes turnos e os escores de estresse encontrados em cada um deles, obteve-se que no Turno da Manhã, com 172 pessoas, o nível médio de estresse aconteceu entre 43% das pessoas; no Turno da Tarde, em 42,53%; no Turno da Noite em 42,76% e em Outros, em 54,55% dos participantes, conforme mostra a Tabela 4 a seguir.

Tabela 4. Distribuição dos profissionais nos quatro turnos e percentuais, segundo escores de estresse. São Paulo, 2012.

	Manhã		Tarde		Noite		Outros		Total
		%		%		%		%	
Nenhum	6	3,49	8	6,24	15	9,87	1	3,03	30
Baixo	42	24,42	31	24,42	43	28,29	6	18,18	122
Médio	74	43,02	54	42,53	65	42,76	18	54,55	211
Alto	47	27,33	32	25,22	26	17,1	7	21,21	112
Altíssimo	3	1,74	2	1,59	3	1,98	1	3,03	9
TOTAL	172	100	127	100	152	100	33	100	484

Obs. Em "Outros" estão incluídos os profissionais que trabalhavam o dia inteiro e que tinham plantões variáveis.

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Depreende-se, de tais resultados, que a equipe de Enfermagem que trabalha no período da manhã e aqueles que trabalham como chefias, encarregados e que sofrem constantes

mudanças de plantão são os que apresentam maior desgaste e estresse. No turno da manhã, da tarde e Outros, há maior incidência de estresse entre médio e alto. Apenas no turno noturno observaram-se como mais prevalentes os níveis médio e baixo de estresse.

Quanto aos sintomas da Lista de Sintomas de Stress, os sintomas que obtiveram maiores somatórias entre os participantes encontraram-se entre os sintomas físicos como sentir-se desgastado ao final do dia e sentir cansaço, como mais prevalentes. Sintomas psicológicos como sentir preocupações, esgotamento emocional também receberam pontuações maiores, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Percentuais dos principais sintomas relatados segundo a Lista de Sintomas de Stress (LSS). São Paulo, 2012.

Item	LSS	Soma dos Sintomas	%
5	Sinto-me desgastado	833	3,78
21	Tenho cansaço	720	3,26
42	Sinto preocupações	667	3,02
7	Como demais	631	2,86
9	Pensamentos ansiosos	629	2,85
16	Esgotamento emocional	629	2,85
44	Dor de cabeça	601	2,72

Fonte: Dados coletados pela autora.

Para avaliar o nível de estresse do conjunto de sujeitos que participaram da pesquisa, a Tabela 6, a seguir, apresenta os níveis de estresse dentro dos setores do Hospital. Cabe lembrar que em Oncologia foram inseridos os dados do 3º andar, que cuida de pacientes oncológicos, a Quimioterapia e o Ambulatório de Oncologia (8º andar). Os setores relacionados aos exames laboratoriais e de imagem como Tomografia, Raio X, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, Endoscopia etc foram todos incluídos no Serviço de Atendimento Diagnóstico Terapêutico (SADT).

Dos respondentes, os setores que apresentaram índices mais altos de estresse foram: 12º andar (70), SADT (64,5), 10º andar (50), Pediatria (50), UTI Pediátrica (45) e UTI Adulto (45).

Tabela 6 - Frequência dos participantes e medianas dos níveis de estresse, segundo setores do Hospital. São Paulo, 2012.

	N	Mínimo	Máximo	Mediana
CMC.Geriatria (Térreo)	21	6	146	42
CMC.Neuro (1ºandar)	16	9	90	35,5
CMC Geral (2ºandar)	35	10	121	31
Oncologia (3ºandar)	30	10	142	36
Pediatria (4ºandar)	21	17	117	50
Maternidade (5ºandar)	29	6	65	33
CMC Geral(6º andar))	15	6	106	39
UTI Adulto	56	8	125	45
UTI Oeste	26	10	91	32
UTIC	18	8	79	28,5
CMC Geral(10º andar)	24	8	119	50
CMC Geral (11º andar)	13	8	81	34
CMC Geral(12º andar)	10	11	102	70
PSI	29	8	96	45
PSA	37	7	121	37
CC/CMEsterilização	28	6	100	29
SADT (exames)	16	6	148	64,5
UTI Neonatal	19	6	95	45
UTI Pediátrica	18	19	99	45
Diversos*	24	9	97	36

* Foram inseridos em diversos, setores como: Hemoterapia, Medicina Nuclear, Aprimoramento, SCIH, Supervisão de Enfermagem, Gestão do Serviço em Enfermagem, EMTN, Transplante e Estomaterapia.
Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Dentre os 484 participantes, 382(79%) não apresentaram doenças prévias auto referidas e 102(21%) apresentaram alguma morbidade. As principais morbidades relatadas entre os participantes que sofriam de alguma doença prévia foram:

1. Enfermidades músculo-esqueléticas: Lombalgia, Síndrome miofascial crônica, Hérnia de disco, Artrose de Joelho, Condromalácia na Patela, Espondilite, Tendinite crônica.
2. Enfermidades circulatórias: Coronariopatia, Arritmia, Prolapso da válvula mitral, Hipertensão Arterial, Varizes, Hipercolesterolemia, Dislipidemia.
3. Enfermidades respiratórias: Bronquite, Asma.
4. Enfermidades otorrinolaringológicas: Rinite, Sinusite, Amigdalite Crônica, Labirintite.
5. Enfermidades gastrointestinais: Gastrite, Refluxo Gástrico, Úlcera duodenal, Colite, Hepatite C, Esteatose hepática,
6. Enfermidades endocrinológicas: Obesidade, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, Tireoidite de Hashimoto, Diabetes Mellitus.
7. Enfermidades ginecológicas: Ovário policístico, Mioma, Endometriose.
8. Enfermidades psiquiátricas: Depressão, Distúrbio bipolar.
9. Enfermidades Oncológicas: Neoplasia de mama
10. Enfermidades dermatológicas: Alergias, Vitiligo.

6.1.2 TESTES DE INFERÊNCIA ESTATÍSTICA ENTRE NÍVEIS DE ESTRESSE E VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

Para testar diferenças estatísticas entre as múltiplas variáveis sócio-demográficas e os níveis de estresse, foi observada se a distribuição dos dados estava dentro dos parâmetros de normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,001$). Como não se obteve normalidade para todas as variáveis, foram escolhidos testes não paramétricos como o teste de Mann-Whitney para duas variáveis independentes, teste de Kruskal-Wallis para três ou mais variáveis independentes e o teste de Correlação de Spearman, para comparação de dados relativos à idade, pontuação de estresse, tempo de serviço no setor.

Ao serem divididos os sujeitos segundo sexo em dois grupos (397 mulheres e 87 homens) constatou-se, pelo teste de Mann-

Whitney para amostras independentes, que há diferença estatística entre os níveis de estresse apresentado por homens e mulheres com nível de significância de $p < 0,001$ ($p = 0,000$), conforme Tabela 7 a seguir.

A mediana de estresse encontrada entre as mulheres foi de 43 e entre os homens de 24 pontos. Portanto, neste estudo as mulheres apresentaram níveis mais elevados de estresse do que os homens, conforme ilustra o Boxplot da Figura 11.

Tabela 7 - Teste de Mann-Whitney para Níveis de estresse, segundo a variável Sexo. São Paulo, 2012.

	SEXO	N	Média Rank	Mediana
LSS	Feminino	397	258,55	43*
	Masculino	87	169,27	24*
	Total	484		

* Diferença estatística com nível de Significância de $p < 0,05$ ($p = 0,000$).

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Figura 11 – Boxplot de níveis de estresse segundo o sexo feminino(1) e masculino(2). São Paulo, 2012.

Fonte: Dados coletados pela autora.

Em relação à variável Cargo, 162 participantes eram enfermeiros e 322 técnicos de Enfermagem (Tabela 8). Quando realizado o teste de Mann-Whitney, observaram-se que os níveis de estresse se mostraram diferentes entre os enfermeiros(as)

comparativamente aos técnicos de Enfermagem, com nível de significância de $p < 0,05$ ($p = 0,012$). Entre os enfermeiros, a mediana de estresse foi superior (45) ao dos técnicos de Enfermagem (37).

Tabela 8 - Teste de Mann-Whitney para níveis de estresse, segundo a variável Cargo. São Paulo, 2012.

	CARGO	N	Média Rank	Mediana
LSS	Enfermeiros	162	265,01	45*
	Técnicos de Enfermagem	322	231,18	37*
	Total	484		

*Significância estatística de $p < 0,05$ ($p = 0,012$).

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Figura 12 - Boxplot de escores de estresse segundo a variável Cargo. São Paulo, 2012.

Fonte: Dados coletados pela autora.

Para comparação dos níveis de estresse em 4 turnos diferentes escolheu-se o teste de Kruskal-Wallis e se obtiveram os seguintes resultados: 172(35,5%) sujeitos eram do turno da manhã, 127(26,2%) do período da tarde, 152(31,40%) pessoas da noite e 33(6,8%) pessoas com turnos diferentes. Destes últimos, 19(57,6%)

corresponderam a enfermeiros encarregados de setor, postos de chefia que trabalham durante o dia inteiro e 14(42,4%) eram profissionais sem plantão fixo com horários móveis e adaptáveis para cobertura de outros funcionários.

As medianas obtidas pelo grupo de enfermeiros da Manhã demonstraram que estes profissionais foram os que apresentaram níveis de estresse mais elevados (46) e, em segundo lugar, os encarregados em postos de chefia e com plantões variáveis foram os que mais apresentaram níveis de estresse aumentados (45), segundo demonstra a Tabela 9 a seguir.

Tabela 9 - Teste de Kruskal-Wallis para a variável Turno, segundo escore de estresse. São Paulo, 2012.

	Turno	N	Mediana*
LSS	Manhã	172	46
	Tarde	127	39
	Noite	152	36
	Outros	33	45
	Total	484	

* Nível de significância de $p < 0,05$ ($p = 0,022$).

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Em análise comparativa entre os níveis de estresse e o estado civil (solteiro/204; casado/240; separado/36; viúvo/4), não houve diferença estatisticamente significativa entre os mesmos ($p = 0,316$), portanto o estado civil não é uma variável que modifica os níveis de estresse.

Com relação à presença de alguma morbidade ou doença pregressa auto referida, o teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes entre o grupo sem doenças (382) e o grupo com doenças (102) e os níveis de estresse, apresentou diferença estatisticamente significativa com nível de significância de $p < 0,05$ ($p = 0,001$), conforme Tabela 10 e Figura 13.

A mediana de estresse no grupo sem doenças foi de 38 e do grupo com doenças foi de 49,50, indicando que há mais estresse entre aqueles que sofrem de alguma enfermidade do que com aqueles que não apresentam doenças.

Tabela 10 - Teste de Mann-Whitney para níveis de estresse, segundo presença ou ausência de doenças auto referidas.

São Paulo, 2012.

	Doença	N	Ranking	Mediana
LSS	Sem	382	231,48	38*
	Com	102	283,78	49,50*
	Total	484		

* significância de $p=0,001$

Fonte: Dados coletados e organizados pela autora.

Figura 13 - Boxplot dos níveis de estresse segundo presença (0) ou ausência (1) de doenças auto referidas. São Paulo, 2012.

Fonte: Figura desenvolvida pela autora.

Ao agrupar os indivíduos por categorias de idade (1=de 20 a 29 anos; 2= de 30 a 39 anos; 3= de 40 a 49 anos; 4= acima de 50 anos), e realizar o teste de Kruskal-Wallis para mais de 2 variáveis e analisar as 4 categorias e os níveis de estresse (LSS), encontrou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,008$) entre os dados. A faixa de idade com maior prevalência de estresse foi entre 30 a 39

anos, com 194 profissionais (50,79%) e, em segundo lugar, a faixa de 20 a 29 anos de idade, com 130 (34,03%) de ocorrência, conforme Tabela 11 a seguir.

Tabela 11 - Distribuição da frequência e percentual de indivíduos, segundo categorias de idade e presença/ausência de morbidade.
São Paulo, 2012.

	IDADE*	c/ dça	%	s/dça	%
LSS	20-29	130	34,03	22	21,57
	30-39	194	50,79	48	47,06
	40-49	43	11,26	24	23,53
	>50	15	3,93	8	7,84
	Total	382	100	102	100

* Nível de significância do teste $p < 0,05$.

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Foi encontrada diferença estatística entre a faixa de idade de 20 a 29 anos e acima de 50 anos com nível de significância de $p = 0,003$. Na continuidade do mesmo teste para observar onde ocorreram as diferenças estatísticas significativas, encontrou-se também que há tal diferença entre a faixa de idade de 30 a 39 anos e acima de 50 anos ($p = 0,005$). Portanto, pode-se afirmar que as profissionais que têm de 20 a 40 são mais estressados do que os indivíduos acima de 50 anos.

Tabela 12 - Frequência e Percentual de indivíduos sem e com doença prévia, segundo o tempo de trabalho no setor.
São Paulo, 2012.

	DOENÇA	N	%	Mediana
TEMPO SETOR	s/doen	382	78,93	45,53*
	c/doen	102	21,07	72,84*
	Total	484	100	

* Nível de significância do teste ($p = 0,000$)

Fonte: Dados organizados pela autora.

O número de indivíduos sem doenças auto referidas foi de 382 (78,93%) e com doenças, de 102 pessoas, equivalente a 21,07%, conforme se pode observar na Tabela 12. A mediana de meses trabalhados no setor atual foi de 45,53 meses para os indivíduos sem doenças e de 72,84 meses para os indivíduos com doenças prévias relatadas. Portanto, as pessoas que trabalham há mais tempo no setor apresentam a maior incidência de doenças.

6.1.3 TESTES DE CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS ORDINAIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Para a análise de correlação entre variáveis ordinais foi escolhido o coeficiente de Spearman, que mede a intensidade da relação entre tais variáveis. Tal teste não exige que os dados provenham de duas populações normais e nos casos em que os dados não formam uma nuvem “bem comportada” ou em que parece existir uma relação crescente ou decrescente em formato de curva, o coeficiente de Spearman é o mais apropriado (Berquó, Souza, Gotlieb, 1981).

O coeficiente varia entre -1 e +1 e quanto mais próximo estiver dos extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo indica que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas de outra variável.

Foram então estudadas as correlações entre as variáveis idade e níveis de estresse, entre tempo de serviço e níveis de estresse, a partir do coeficiente *rho*.

Na análise de Correlação de Spearman entre idade e níveis de estresse, não houve diferença significativa estatística na comparação entre as variáveis ($p=0,253$), conforme Tabela 13 a seguir. O mesmo se sucedeu com as variáveis níveis de estresse e tempo de serviço ($p=0,966$).

Tabela 13 - Correlações de Spearman entre as variáveis Idade e níveis de estresse. São Paulo, 2012.

		Idade	LSS
Idade	Coeficiente rho	1,000	-0,052*
LSS	Coeficiente rho	-0,052*	1,000

* Significância de $p=0,253$

Fonte: Dados organizados pela autora.

Por outro lado, houve uma correlação fortemente positiva entre Tempo de Hospital e Tempo de Setor ($r=0,909$), com nível de significância de $p=0,000$. E uma fraca correlação positiva entre a Idade dos profissionais e o Tempo de Hospital ($r=0,437$) e Tempo de Setor ($r=0,412$), o que não nos permite afirmar que quanto maior a idade do indivíduo, maior seria o tempo de trabalho no hospital e no setor (Tabela 14).

Tabela 14 - Correlação de Spearman entre a variável Idade, Tempo de hospital e Tempo de Serviço. São Paulo, 2012.

		Idade	Tempo hospital	Tempo setor
Idade	Coef. Correl.	1,000	0,437**	0,412**
	p	-	0,000	0,000
Tempo de hospital	Coef. Correl.	0,437**	1,000	0,909**
	p	0,000	-	0,000
Tempo de setor	Coef. Correl.	0,412**	0,909**	1,000
	p	0,000	0,000	-

** Correlação significativa ($p<0,01$).

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano e organizados pela autora.

6.2 RESULTADOS DA SEGUNDA FASE: EVOLUÇÃO DOS NÍVEIS DE ESTRESSE (LSS)

6.2.1 FLUXOGRAMA DE PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS NO ENSAIO CLÍNICO

Conforme já mencionado, das 213 pessoas que participaram do Ensaio Clínico, 175 conseguiram terminar o estudo. Houve 38

perdas, correspondente a 17,84% (Tabela 15), e os motivos pelos quais estas pessoas saíram estão descritos na Figura 14, a seguir.

Tabela 15 – Descritiva e percentual de flutuação de sujeitos na pesquisa.
São Paulo, 2012.

	N.inicial	Perdas	% perda	N.final
G1	71	13	18,31	58
G2	71	13	18,31	58
G3	71	12	16,90	59
Total	213	38	17,84	175

Fonte: Dados organizados pela autora.

Os percentuais para os motivos de saídas do ensaio foram: saída do hospital (9/23,68%); saíram de férias durante o estudo (9/23,68%); perderam a sequência de sessões (8/21,05%); saíram de licença médica (6/15,79%); gravidez (3/7,9%); queixas de dor (2/5,26%); sangramento excessivo de um ponto auricular, do útero (1/2,63%).

Houve, portanto, três desistências por efeitos adversos do tratamento: duas pessoas por queixas de sensibilidade e dor e uma pessoa por sangramento do ponto auricular.

Figura 14 - Fluxograma de participação dos sujeitos no Ensaio Clínico. São Paulo, 2012.

Fonte: Dados organizados pela autora.

A idade média do agrupamento de 175 pessoas foi de 33,98 anos (DP=7,85), com a idade mínima de 21 anos e a máxima de 58 anos. A média de estresse no baseline foi de 61,48(20,53) correspondente a alto nível de estresse, com o intervalo de escore de 35 a 119 pontos, correspondente a nível médio e alto de estresse (Tabela 16).

Tabela 16 – Frequência e percentual das variáveis sócio-demográficas dos 175 sujeitos. São Paulo, 2012.

Turno	Frequência	Percentual
Manhã	79	45,1
Tarde	37	21,1
Noite	40	22,9
Outros	19	10,9
Doenças		
Não	124	70,9
Sim	51	29,1
Estado civil		
Solteiro	75	42,9
Casado	84	48,0
Separado	15	8,6
Viúvo	1	0,6
Sexo		
Mulher	161	92,0
Homem	14	8,0
Cargo		
Técnico	93	53,1
Superior	82	46,9
Filhos		
0	87	49,7
1	49	28,0
2	29	16,6
3	8	4,6
4	2	1,1
Total	175	100

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

6.2.2 ANÁLISE INTERGRUPOS E EVOLUÇÃO DOS NÍVEIS DE ESTRESSE SEGUNDO A LSS

O alpha de Cronbach para a LSS1 foi de 0,918; a LSS2 foi de 0,947 e a LSS3 foi de 0,955. A seguir estão descritas as médias e desvio padrão dos níveis de estresse segundo 3 diferentes grupos (tabela 17).

Tabela 17 - Descritiva das médias e desvio-padrão dos níveis de estresse nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

	Grupos	N	Média	Desvio padrão	95% Interv.Confiança	
					Lim. Infer.	Lim. Super.
LSS1	1	58	57,76	17,64	53,12	62,40
	2	58	62,26	21,50	56,61	67,91
	3	59	65,00	22,62	59,11	70,89
	Total	175	61,69	20,80	58,59	64,80
LSS2	1	58	65,38	22,49	59,47	71,29
	2	58	45,47*	21,53	39,81	51,13
	3	59	41,41*	18,58	36,56	46,25
	Total	175	50,70	23,30	47,22	54,17
LSS3	1	58	63,21	26,85	56,15	70,27
	2	58	48,50*	22,90	42,48	54,52
	3	59	47,22*	23,87	41,00	53,44
	Total	175	52,94	25,51	49,14	56,75

*significância de $p < 0,05$ para as médias dos níveis de estresse dos grupos de intervenção comparadas ao controle.

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade dos dados e o teste de Levene, de homocedasticidade. Ao serem satisfeitos os dois pressupostos para a realização de testes paramétricos, realizou-se o teste de ANOVA para medidas repetidas e o teste de Post Hoc de Tukey.

Na Análise de Variância de Medidas Repetidas encontrou-se que houve diferenças estatísticas significativas entre as médias de estresse, na segunda avaliação após 12 atendimentos (LSS2) ($F=21,92/p=0,000$) e no *follow-up* de 30 dias ($F=7,59/0=0,001$).

No Post Hoc de Tukey observou-se que na segunda avaliação (LSS2), as diferenças foram entre os grupos controle e os dois grupos de intervenção ($p=0,000$). E na terceira avaliação (LSS3), as

diferenças foram entre grupo controle e protocolo ($p=0,004$) e entre grupo controle e sem protocolo ($p=0,002$).

O gráfico 3 ilustra a evolução dos 3 grupos quanto aos níveis de estresse.

Gráfico 3 - Evolução dos níveis de estresse em 3 tempos, segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.

* $p=0,000$ entre as médias dos grupos protocolo e sem protocolo quando comparados ao controle;

** $p=0,004$ entre as médias do grupo protocolo e controle e $p=0,002$ entre grupo sem protocolo e controle.

Fonte: Dados coletados e organizados pela autora.

Tabela 18 - Tamanhos de efeito e percentual de mudança do tratamento nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Momentos	d	Dif.média	IC 95%	%
G1	lss1/lss2	0,38	7,62	0,17; 15,01	13
G1	lss1/lss3	0,24	5,46	2,91;13,81	9
G2*	lss1/lss2	0,79	-16,79	-24,71;-8,88	-27
G2*	lss1/lss3	0,62	-13,76	-21,93;-5,59	-22
G3*	lss1/lss2	1,15	-23,59	-31,14;-16,04	-36
G3*	lss1/lss3	0,77	-17,78	-26,26;-9,30	-27

* significância de $p<0,05$ para os grupos de intervenção comparadas ao controle

Ao avaliar o tamanho do efeito a partir do índice d de Cohen foi possível observar que o grupo sem protocolo conseguiu o melhor resultado com um índice de 1,15, que equivale à classificação “Efeito muito grande”, com grande redução dos níveis de estresse (36%)

para o pós-tratamento(momento 2). O grupo protocolo conseguiu atingir um índice de 0,79 (Grande efeito) no pós-tratamento, com média redução dos níveis de estresse (27%). Ambos os grupos conseguiram manter os resultados positivos no *follow-up*. O grupo sem protocolo se manteve em 0,77(Grande efeito) com média redução de estresse (27%). O grupo protocolo conseguiu manter o índice de 0,62(Efeito médio), com média redução dos percentuais de estresse (22%) (Tabela 18).

6.2.2.1 Evolução do tratamento dos sujeitos com estresse alto e médio (LSS)

- **Evolução dos sujeitos com estresse alto (LSS)**

Dos 175 sujeitos, 76 profissionais apresentaram estresse acima de 60 pontos pelo LSS, correspondente a estresse de nível alto e para análise da evolução do tratamento de auriculoterapia foram divididos em 3 grupos: controle (22), grupo protocolo (25) e grupo sem protocolo (29).

Tabela 19 - Descritiva das médias de estresse e desvio padrão de 76 sujeitos com estresse alto, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

	N	LSS1	LSS2	LSS3
Controle	22	75,82(13,64)	73,45(22,03)	72,68(28,40)
Proto	25	80,64(17,09)	50,84(26,68)*	57,04(27,79)
S/proto	29	83,90(16,68)	47,21(21,29)*	52,55(5,05)*

*significância de $p < 0,05$ nos momentos 2 e 3 entre os grupos de intervenção e controle.

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Encontrou-se diferença estatística no teste de ANOVA para o momento 2 ($p=0,000$) e 3 ($p=0,036$). No momento 2, no Post Hoc de Tukey, encontrou-se que as diferenças foram entre os grupos controle/protocolo ($p=0,004$) e controle/sem protocolo ($p=0,000$). E

no momento 3 o Post Hoc demonstrou que as diferenças foram somente entre o grupo controle/sem protocolo ($p=0,033$).

Conforme ilustra a Tabela 20, percentualmente houve uma redução de níveis de estresse no momento 2 de 44% para o grupo sem protocolo e de 37% para o grupo protocolo. No momento 3 houve manutenção da redução dos níveis de estresse no *follow-up* de 37% para o grupo sem protocolo e de 29% para o grupo protocolo. O índice d de Cohen demonstrou que o grupo sem protocolo obteve o mais forte efeito, com 1,95, para o momento do término do tratamento, equivalente à classificação “Enorme efeito” e no *follow-up*, o índice de 2,59, também correspondente à mesma classificação. Quanto ao grupo protocolo houve redução de até 37%, com índice de 1,36 no momento dois.

Tabela 20 - Tamanho de efeito e percentual de mudança do tratamento nos sujeitos com estresse alto, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	lss1/lss2	0,13	-2,37	-13,52;8,78	-3
G1	lss1/lss3	0,14	-3,14	-16,70;10,42	-4
G2*	lss1/lss2	1,36	-29,80	-42,54;-17,06	-37
G2	lss1/lss3	1,04	-23,60	-36,72;-10,48	-29
G3*	lss1/lss2	1,95	-36	-46,75;-26,63	-44
G3*	lss1/lss3	2,59	-31,35	-37,83;-24,87	-37

* Significância de $p<0,05$ entre o grupo de intervenção e controle

A seguir o gráfico 4 ilustra a evolução dos níveis de estresse dos 76 sujeitos com estresse alto, nos três grupos.

Gráfico 4 - Evolução dos níveis de estresse(LSS) de 76 sujeitos com estresse alto, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

*significância de $p < 0,05$ no momento 2 entre os grupos de intervenção/controle.

** significância de $p < 0,05$ entre os grupos controle/sem protocolo.

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

• Evolução do tratamento dos sujeitos com estresse médio

Na análise dos sujeitos com níveis de estresse médio, 99 profissionais foram divididos em 3 grupos: controle (36), grupo protocolo (33) e grupo sem protocolo (30) (Tabela 21).

Tabela 21 - Descritiva das médias e desvio padrão de 99 sujeitos com estresse médio, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

	N	LSS1	LSS2	LSS3
Controle	36	46,72(8,03)	60,44(21,60)	57,42(24,48)
Proto	33	47,52(6,55)	41,39(15,87)*	42,03(15,95)*
S/proto	30	46,40(7,54)	35,80(13,66)*	42,07(19,26)*

*significância de $p < 0,05$ nos momentos 2 e 3 entre os grupos e controle;

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Na ANOVA de medidas repetidas para 99 sujeitos com níveis médios de estresse houve diferença estatística após o tratamento, no momentos 2 ($p=0,000$) e no *follow-up*, momento 3($p=0,002$).

No Post Hoc de Tukey encontrou-se que no momento 2 a diferença foi entre os grupos Grupo controle/protocolo ($p=0,000$), grupo controle/sem protocolo ($p=0,000$). E no momento 3 houve

diferença entre os grupos controle/protocolo($p=0,006$) e grupo controle/sem protocolo($p=0,008$).

Percentualmente, houve uma média redução de níveis de estresse de 23% para o grupo sem protocolo, correspondente ao índice d de Cohen de 0,98 (Grande efeito). O grupo protocolo conseguiu 13%(Pequena redução), correspondente ao índice de 0,51(Médio efeito) após o tratamento. E no *follow-up* houve manutenção da redução dos níveis de estresse para o grupo protocolo (12%) e um aumento dos níveis de estresse dos sujeitos tratados no grupo sem protocolo, caindo de 23% para 9% a diferença dos níveis de estresse no *follow-up* (Tabela 22).

Tabela 22 - Tamanhos de efeito e percentual do tratamento para sujeitos com estresse médio, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	Lss1/lss2	0,85	13,72	6,06; 21,38	29
G1	Lss1/lss3	0,6	10,70	2,14; 19,26	23
G2*	Lss1/lss2	0,51	-6,13	-12,10;-0,16	-13
G2*	Lss1/lss3	0,46	-5,49	-11,49;-0,51	-12
G3*	Lss1/lss2	0,98	-10,60	-16,30;-4,90	-23
G3*	Lss1/lss3	0,3	-4,33	-11,89; 3,23	-9

*Significância de $p<0,05$ para os grupos de intervenção;

Desta forma, pode-se afirmar que os dois grupos de intervenção foram eficazes para diminuir os níveis de estresse comparativamente ao grupo controle, com melhores resultados quanto ao tamanho do efeito e percentual para o grupo sem protocolo no pós-tratamento (momento 2) e na manutenção da redução no *follow-up* para o grupo protocolo.

O gráfico 5, a seguir, ilustra a evolução dos níveis de estresse para os 99 sujeitos com nível médio de estresse.

Gráfico 5 - Evolução dos níveis de estresse(LSS) para 99 sujeitos com estresse médio, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

*significância de $p < 0,05$ entre os dois grupos/controle, nos momentos 2 e 3;
 Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

6.2.2.2 Análise dos níveis de estresse (LSS) segundo sujeitos com morbidade ou sem morbidade prévia

- Evolução do tratamento dos sujeitos com morbidades**

Dos 175 sujeitos, 52 sujeitos apresentaram morbidades prévias auto referidas. A seguir estão descritos os níveis de estresse e desvio padrão, segundo os três grupos do ensaio (Tabela 23).

Tabela 23 - Descritiva dos níveis de estresse e desvio padrão de 52 sujeitos com morbidades, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

	N	LSS1	LSS2	LSS3
Controle	14	60,21(17,97)	62,14(17,41)	64,21(21,38)
Protocolo	17	68,65(22,02)	45,71(27,39)	47,00(24,55)
S/proto	21	68,14(24,48)	42,81(17,90)*	50,19(24,18)

*significância de $p < 0,05$ para o momento 2 entre grupo sem protocolo e controle;
 Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Para esse agrupamento foi encontrada diferença estatística significativa no momento 2 ($F=3,24/p=0,048$), segundo ANOVA de medidas repetidas. No Post Hoc de Tukey, constatou-se que tal diferença foi entre os grupos controle e sem protocolo ($p=0,045$).

Percentualmente o grupo sem protocolo conseguiu grande redução de estresse(37%) equivalente ao índice d de Cohen de 1,21(Efeito Muito Grande) (Tabela 24).

Tabela 24 - Tamanho de efeito e percentual em 52 sujeitos com morbididades prévias, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012

Grupo	Tempos	Cohen's d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	lss1/lss2	0,11	1,93	-11,82;15,68	3
G1	lss1/lss3	0,21	3,91	-11,43;19,25	7
G2	lss1/lss2	0,95	-22,94	-40,30;-5,58	-33
G2	lss1/lss3	0,96	-21,65	-37,94;-5,36	-32
G3*	lss1/lss2	1,21	-25,33	-38,70;-11,96	-37
G3	lss1/lss3	0,76	-17,95	-33,12;-2,78	-26

*Significância de $p=0,045$ entre o grupo sem protocolo e controle.

O gráfico 6 a seguir ilustra a evolução dos níveis de estresse nos 52 sujeitos com morbididades auto referidas em 3 momentos diferentes, segundo os 3 grupos.

Gráfico 6 - Evolução dos níveis de estresse(LSS) para 52 sujeitos com morbididades, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

* Significância de $p<0,05$ entre controle/grupo sem protocolo no momento 2
 Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

- **Evolução do tratamento dos sujeitos sem morbididades**

A seguir, na Tabela 25, estão descritos os níveis de estresse para os 123 sujeitos sem morbidades segundo três grupos.

Tabela 25 - Descritiva das médias de estresse e desvio padrão de 123 sujeitos sem morbidades, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

	N	LSS1	LSS2	LSS3
Controle	43	57,47(17,57)	67,00(23,92)	63,35(28,75)
Protocolo	42	59,62(19,67)	45,21(18,77)*	48,60(22,45)*
S/protocolo	38	63,00(21,96)	40,63(19,14)*	45,58(23,87)*

*Significância de $p < 0,05$ nos momentos 2 e 3 entre intervenção e controle;
Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Ao se analisar a evolução das médias de 123 sujeitos estressados sem morbidades, houve diferença estatística significativa no momento 2 ($F=18,10/p=0,000$) e no momento 3 ($F=5,89/p=0,004$). As diferenças no momento 2 foram entre os grupos de intervenção e controle ($p=0,000$) e no momento 3 foram entre o grupo protocolo/controle ($p=0,022$) e entre o grupo protocolo/sem controle ($p=0,006$).

Tabela 26 - Tamanho de efeito e percentual em 123 sujeitos sem morbidades prévias, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	lss1/lss2	0,46	9,53	0,53;18,53	17
G1	lss1/lss3	0,25	5,88	-4,34;16,09	10
G2*	lss1/lss2	0,76	-14,41	-22,76;-6,06	-24
G2*	lss1/lss3	0,53	-11,02	-20,18;-1,86	-18
G3*	lss1/lss2	1,1	-22,37	-31,79;-12,95	-36
G3*	lss1/lss3	0,77	-17,42	-27,84;-7,01	-28

*Significância de $p < 0,05$ para os momentos 2 e 3 entre controle e intervenção.

O percentual de redução dos níveis de estresse para o grupo protocolo foi de 24% (Média redução) no momento 2 e de 36%(Grande redução) para o grupo sem protocolo, considerando-se a diferença entre pós-tratamento e *baseline*. No momento 3 houve diminuição de 18%(Média redução) de níveis de estresse para o

grupo protocolo e de 28%(Média redução) para o grupo sem protocolo.

Os melhores resultados foram para o grupo sem protocolo, cujo índice d de Cohen foi de 1,1, correspondente a “Efeito muito grande”. No *follow-up* para o grupo sem protocolo o índice foi de 0,77 correspondentes a “Grande efeito” (Tabela 26).

O gráfico 7 a seguir ilustra a evolução dos níveis de estresse dos 123 sujeitos sem morbididades auto referidas.

Gráfico 7- Evolução dos níveis de estresse (LSS) de 123 sujeitos sem morbididades, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

* Significância de $p < 0,05$ nos momentos 2 e 3 entre controle e intervenção.
Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

Pode-se afirmar, portanto, que o grupo com morbididades prévias somente respondeu ao tratamento individualizado, do grupo sem protocolo. Houve um efeito de redução maior dos níveis de estresse para o grupo sem protocolo também no grupo sem morbididades, embora o grupo protocolo tenha conseguido resultados positivos.

Na análise descritiva das pessoas com e sem morbididades prévias auto referidas e os níveis de estresse do presente estudo, observou-se que houve um percentual maior de sujeitos com morbididade para os indivíduos com estresse alto (36,8%),

confirmando que pessoas que apresentam alguma doença podem ter seus níveis de estresse mais elevados (Tabela 27).

Tabela 27 - Frequência de sujeitos com estresse alto e médio, segundo presença e ausência de morbididades prévias. São Paulo, 2012.

Doenças	Frequência		Frequência	
	Estresse alto	%	Estresse médio	%
Sem	48	63,2	75	75,8
Com	28	36,8	24	24,2
Total	76	100	99	100

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano e organizados pela autora.

• Conclusão sobre LSS

Os dois grupos de intervenção, protocolo e sem protocolo foram eficazes para redução dos níveis de estresse após 12 sessões de auriculoterapia e na manutenção dos resultados após 30 dias de *follow-up*. O tamanho do efeito e os percentuais de mudança foram superiores para o grupo sem protocolo comparativamente ao grupo protocolo, porém tais resultados não foram suficientes para configurar uma diferença estatística significativa na análise intergrupos.

Na análise por subgrupos de níveis de estresse alto e médio, observou-se que os grupos de intervenção foram eficazes para diminuir os níveis de estresse, com efeitos superiores para o grupo sem protocolo, especialmente entre os sujeitos com níveis de estresse alto. Encontrou-se que os indivíduos com morbididade prévia auto referida responderam positivamente somente ao grupo sem protocolo, com tratamento individualizado. Houve melhores resultados para o grupo sem protocolo também para os indivíduos sem morbididades, considerando-se o tamanho de efeito e percentual de mudanças.

6.3 RESULTADOS DA SEGUNDA FASE: NÍVEIS DE ESTRESSE (ISSL)

6.3.1 Descritiva dos níveis de estresse segundo o ISSL

Em análise descritiva do Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL) para a amostra de 175 sujeitos, a Tabela 28 traz um demonstrativo dos principais escores encontrados.

Tabela 28 - Descritiva da quantidade de participantes e percentuais, segundo escores de ISSL. São Paulo, 2012.

Escores	N(Q1)	%	N(Q2)	%	N(Q3)	%
0	39	22,29	87	49,71	78	44,57
1	1	0,57	2	1,14	0	0
2	109	62,29	73	41,71	84	48
3	23	13,14	10	5,71	12	6,86
4	3	1,714	3	1,71	1	0,57

Escores: 0.Nenhum; 1.Alerta; 2. Resistência; 3. Quase exaustão; 4. Exaustão.

OBS. Q1(questionário 1); Q2(questionário 2); Q3(questionário 3);

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Pode-se afirmar que o principal escore encontrado foi da Fase de Resistência, com 62,29% de ocorrência. No *baseline* havia 22,29% de participantes sem estresse e após 12 sessões de auriculoterapia, este percentual aumentou para 49,71% dos participantes sem estresse e manteve-se em 44,57% após o *follow-up*.

A seguir será feita uma análise da evolução dos níveis de estresse após o tratamento e *follow-up* segundo as fases definidas por Lipp. Cabe lembrar, porém, que alguns sujeitos sofriam de mais de uma fase e por isto os números gerais de ocorrência serão diferentes da primeira tabela (28) apresentada.

6.3.2 Análise intergrupos e evolução dos níveis de estresse segundo os três questionários do ISSL nos domínios físico e psicológico

• **Domínio Físico da Fase de Alerta**

Na Tabela 29 estão descritas as frequências de sujeitos em cada grupo, médias, desvio padrão e intervalo de confiança para os sintomas físicos da Fase de Alerta em 34 sujeitos.

Tabela 29 - Descritiva das médias, desvio padrão e intervalo de confiança dos percentuais do domínio físico da Fase de Alerta em 3 momentos. São Paulo, 2012.

Grupos		N	Média	DP	95% Interv.Conf.	
					Lim.mín.	Lim.máx.
FQ1%	1	8	55,80	15,85	42,62	69,13
	2	11	55,73	6,51	51,35	60,10
	3	15	51,93	11,99	45,29	58,57
	Total	34	54,09	11,44	50,10	58,08
FQ2%	1	8	54,75	21,41	36,78	72,72
	2	11	20,91	12,51	12,51	29,31
	3	15	28,07	21,99	15,89	40,24
	Total	34	32,03	22,89	24,04	40,02
FQ3%	1	8	60,13	18,83	44,39	75,86
	2	11	24,73	18,65	12,20	37,26
	3	15	28,07	18,78	17,67	38,47
	Total	34	34,53	23,24	26,42	42,64

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Na ANOVA de medidas repetidas para o domínio físico na Fase de Alerta, encontrou-se que houve diferença estatística significativa nos momentos 2 e 3 com significância de $p=0,002$ para o momento 2 e $p=0,000$ no momento 3. No Teste de Post Hoc observou-se que as diferenças do momento 2 foram entre os grupos protocolo/controle($p=0,002$) e entre os grupos sem protocolo/controle ($p=0,01$). No momento 3 (*follow-up*) as diferenças foram entre os grupos protocolo/controle ($p=0,001$) e entre os grupos sem protocolo/controle($p=0,001$).

Houve melhoria após o tratamento de auriculoterapia para os dois grupos de intervenção (protocolo e sem protocolo) dos níveis de estresse da Fase de Alerta, com 62%(Redução muito grande) para o grupo protocolo e 46%(Grande redução) para o sem protocolo no momento 2. No *follow-up* a redução foi de 56%(Redução muito

grande) para o grupo protocolo e 46%(Grande redução) para o grupo sem protocolo, considerando-se o *baseline* de cada um dos grupos. O índice d de Cohen foi de 3,66 (Efeito enorme) para o grupo protocolo e de 1,39(Efeito muito grande) para o grupo sem protocolo no momento 2 (Tabela 30).

Tabela 30 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio físico da Fase de Alerta segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	tempos	Cohen's d	Dif. Méd.	IC 95%	%
G1	F1/F2	0,06	-1,13	-21,39;19,13	-2
G1	F1/F3	0,26	4,25	-14,41;22,91	8
G2*	F1/F2	3,66	-34,82	-43,69;-25,95	-62
G2*	F1/F3	2,33	-31	-43,42;-18,58	-56
G3*	F1/F2	1,39	-23,86	-37,11;-10,61	-46
G3*	F1/F3	1,57	-23,86	-35,64;-12,08	-46

*Significância de $p < 0,05$ entre grupos de intervenção e controle

- **Domínio Psicológico da Fase de Alerta**

A seguir os dados descritivos dos percentuais do domínio psicológico da Fase de alerta estão apresentados na Tabela 31.

Tabela 31 - Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança do domínio psicológico da Fase de alerta.São Paulo, 2012.

Grupos		N	Média	DP	95% Interv.Conf.	
					Lim.mín.	Lim.máx.
PQ1%	1	8	45,63	39,59	12,53	78,72
	2	11	48,27	37,64	22,99	73,56
	3	15	55,20	32,50	37,20	73,20
	Total	34	50,71	35,03	38,48	62,93
PQ2%	1	8	49,75	35,68	19,92	79,58
	2	11	27,09	32,62	5,18	49,00
	3	15	15,40	21,12	3,71	27,09
	Total	34	27,26	31,12	16,41	38,12
PQ3%	1	8	49,75	35,68	19,92	79,58
	2	11	21,00	22,25	6,05	35,95
	3	15	17,67	30,44	0,83	34,50
	Total	34	26,29	31,45	15,32	37,27

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Na ANOVA de medidas repetidas para o domínio psicológico da Fase de Alerta encontrou-se que houve diferença estatística

significativa nos momentos 2 e 3 com significância de $p=0,036$ para o momento 2 e $p=0,047$ no momento 3. No Teste de Post Hoc observou-se que as diferenças do momento 2 foram entre os grupos sem protocolo/controle($p=0,028$) e no momento 3 (*follow-up*) a diferença foi entre grupos sem protocolo/controle com nível de significância de $p=0,047$.

O maior efeito no pós-tratamento foi para o grupo sem protocolo com índice de $d=1,5$, correspondente a redução muito grande dos sintomas (72%). No *follow-up* tal redução se manteve, obtendo um índice de $d=1,25$, correspondente a Efeito grande, conforme Tabela 32 a seguir.

Tabela 32 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio psicológico da Fase de Alerta, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	tempos	Cohen's d	Dif. Méd.	IC 95%	%
G1	P1/P2	0,12	4,12	-36,29;44,53	9
G1	P1/P3	0,12	4,12	-36,29;44,53	9
G2	P1/P2	0,63	-21,18	-52,51;10,15	-44
G2	P1/P3	0,93	-27,27	-54,77;0,23	-56
G3*	P1/P2	1,50	-39,80	-60,30;-19,30	-72
G3*	P1/P3	1,23	-37,53	-61,07;-13,99	-68

*Significância de $p<0,05$ entre grupo sem protocolo e controle.

Pode-se afirmar, portanto, que a auriculoterapia com protocolo e sem protocolo conseguiu reduzir os sintomas do domínio físico de estresse da Fase de Alerta no pós-tratamento e *follow-up*, com melhores resultados para o grupo protocolo. Porém, somente o grupo sem protocolo conseguiu reduzir os sintomas do domínio psicológico tanto no momento 2 quanto no *follow-up*, conforme ilustram os gráficos 8 e 9.

Gráfico 8 - Evolução dos percentuais do domínio físico da Fase de Alerta do ISSL nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

*Significância de $p < 0,05$ nos momentos 2 e 3 do domínio físico para os dois grupos de intervenção.

Fonte: Gráfico realizado pela autora.

Gráfico 9 – Evolução dos percentuais do domínio psicológico da Fase de Alerta do ISSL nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

*Significância de $p < 0,05$ nos momentos 2 e 3 do domínio psicológico entre os grupos sem protocolo/controlado

Fonte: Gráfico realizado pela autora.

• Domínio Físico da Fase de Resistência

Na Tabela 33 estão apresentadas as médias e desvio padrão do domínio físico da Fase de Resistência segundo os três grupos nos três diferentes momentos.

Tabela 33 – Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança dos percentuais do domínio físico da Fase de Resistência, segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupos		N	Média	DP	95%Interv. Conf.	
					Lim.mín.	Lim.máx.
FQ1%	1	37	36,22	11,14	32,50	39,93
	2	35	38,57	15,75	33,16	43,98
	3	39	37,69	13,07	33,46	41,93
	Total	111	37,48	13,31	34,97	39,98
FQ2%	1	37	31,76	20,42	24,95	38,57
	2	35	24,00	14,18	19,13	28,87
	3	39	20,51	12,97	16,31	24,72
	Total	111	25,36	16,72	22,22	28,50
FQ3%	1	37	34,32	18,79	28,06	40,59
	2	35	24,57	19,90	17,73	31,41
	3	39	22,31	16,93	16,82	27,80
	Total	111	27,03	19,10	23,43	30,62

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano

Na ANOVA de medidas repetidas para os sintomas físicos da Fase de Resistência, encontrou-se diferença estatisticamente significativa para o momento 2 ($F=4,77/p=0,010$) e tal diferença foi entre os grupos sem protocolo/controle ($p=0,009$). Houve também diferença no momento 3 ($F=4,44/p=0,014$) e segundo Tukey, a diferença foi entre os grupos sem protocolo e controle ($p=0,015$).

Houve redução dos níveis de estresse após o tratamento de auriculoterapia para o grupo sem protocolo, com grande redução (46%) no momento pós-tratamento, com índice $d=1,34$. No *follow-up* a redução se manteve em 41% para o grupo sem protocolo com $d=1,03$ (Tabela 34).

Tabela 34 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio físico da Fase de Resistência, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif.		%
			Média	IC 95%	
G1	F1/F2	0,27	-4,46	-12,09;3,16	-12
G1	F1/F3	0,13	-1,92	-9,08;5,24	-5
G2	F1/F2	0,99	-14,57	-21,72;-7,42	-38
G2	F1/F3	0,79	-13,97	-22,53;-5,41	-36
G3*	F1/F2	1,34	-17,18	-23,05;-11,31	-46
G3*	F1/F3	1,03	-15,38	-22,20;-8,56	-41

*Significância de $p<0,05$ entre os grupos sem protocolo e controle.

* **Domínio Psicológico da Fase de Resistência**

Na Tabela 35 estão descritas as médias e desvio padrão dos percentuais relativos ao domínio psicológico do Questionário 2, referente à Fase de Resistência/Quase exaustão, segundo os 3 diferentes grupos.

Tabela 35 - Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança dos percentuais do domínio psicológico da Fase de Resistência, segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupos		N	Média	DP	95%Interv.Conf.	
					Lim.mín.	Lim.máx
PQ1%	1	37	44,86	23,288	37,10	52,63
	2	35	53,14	21,112	45,89	60,40
	3	39	45,64	21,496	38,67	52,61
	Total	111	47,75	22,102	43,59	51,91
PQ2%	1	37	39,19	29,095	29,49	48,89
	2	35	28,00	24,829	19,47	36,53
	3	39	22,56	23,477	14,95	30,17
	Total	111	29,82	26,594	24,82	34,82
PQ3%	1	37	44,86	27,651	35,65	54,08
	2	35	32,29	28,085	22,64	41,93
	3	39	29,74	31,746	19,45	40,03
	Total	111	35,59	29,777	29,98	41,19

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Na ANOVA de medidas repetidas para o domínio psicológico da Fase de Resistência encontrou-se que houve diferença estatística na segunda avaliação ($F=4,04/p=0,020$). No Teste de Post Hoc de Tukey, a diferença do momento 2 foi entre os grupos sem protocolo e controle($p=0,017$).

Percentualmente, a redução dos níveis de estresse para o domínio psicológico foi de 47% para o grupo protocolo e 51% para o grupo sem protocolo no momento 2. O maior tamanho de efeito foi para o grupo sem protocolo com $d=1,04$, equivalente a efeito muito grande do tratamento, conforme a tabela 36.

Tabela 36 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio psicológico da Fase de Resistência, segundo 3 grupos.

São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif.Média	IC95%	%
G1	P1/P2	0,22	-5,67	-17,89;6,55	-13
G1	P1/P3	0	0	-11,85;11,85	0
G2	P1/P2	1,11	-25,14	-36,13;-14,15	-47
G2	P1/P3	0,85	-20,85	-32,70;-8,10	-38
G3*	P1/P2	1,04	-23,08	-33,23;-12,93	-51
G3	P1/P3	0,59	-15,90	-28,13;-367	-35

*Significância de $p < 0,05$ entre grupo sem protocolo e controle.

Somente o grupo sem protocolo conseguiu diferença estatística significativa na redução dos níveis de estresse da Fase da Resistência tanto para os sintomas físicos quanto psicológicos, no momento 2 (pós-tratamento), mantendo-se no *follow-up* de 30 dias somente para o domínio físico, conforme ilustram os gráficos 10 e 11 a seguir.

Gráfico 10 - Evolução dos percentuais do domínio físico da Fase de Resistência nos 3 tempos, segundo 3 grupos.

São Paulo, 2012.

* Significância de $p < 0,05$ entre as médias do momento 2 e 3 para o grupo sem protocolo e controle.

Gráfico 11 - Evolução dos percentuais do domínio psicológico da Fase de Resistência nos 3 tempos, segundo 3 grupos.
São Paulo, 2012.

* Significância de $p < 0.05$ entre as médias do momento 2 para o grupo sem protocolo e controle.

- **Fase da Quase exaustão**

O número de sujeitos foi de apenas 24 profissionais que foram classificados na Fase de Quase exaustão e não houve diferença estatística em nenhum dos grupos de intervenção comparativamente ao controle nos momentos 2 e 3. Na Tabela 37 estão apresentadas as médias, desvio padrão e intervalo de confiança dos domínios físico e psicológico da Fase de Quase exaustão para 24 sujeitos.

Tabela 37- Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança dos percentuais do domínio físico e psicológico da Fase de Quase exaustão, segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupos		N	Média	DP	95% Interv.Conf.	
					Lim.mín.	Lim.máx.
FQ1%	1	6	68,33	14,72	52,89	83,78
	2	8	70,00	13,09	59,05	80,95
	3	10	68,00	7,89	62,36	73,64
	Total	24	68,75	11,16	64,04	73,46
PQ1%	1	6	86,67	20,66	64,99	108,34
	2	8	77,50	16,69	63,55	91,45
	3	10	84,00	15,78	72,71	95,29
	Total	24	82,50	17,00	75,32	89,68
FQ2%	1	6	56,67	18,62	37,13	76,21
	2	8	33,75	21,34	15,91	51,59
	3	10	36,00	17,76	23,29	48,71
	Total	24	40,42	20,74	31,66	49,18
PQ2%	1	6	63,33	19,66	42,70	83,97
	2	8	25,00	20,70	7,69	42,31
	3	10	48,00	39,10	20,03	75,97
	Total	24	44,17	32,29	30,53	57,80
FQ3%	1	6	53,33	23,38	28,80	77,87
	2	8	30,00	20,00	13,28	46,72
	3	10	36,00	18,38	22,85	49,15
	Total	24	38,33	21,40	29,30	47,37
PQ3%	1	6	66,67	20,66	44,99	88,34
	2	8	42,50	29,16	18,13	66,87
	3	10	44,00	36,27	18,05	69,95
	Total	24	49,17	31,20	35,99	62,34

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

- **Domínio físico da Fase da Exaustão**

Na tabela 38 estão descritas as médias e desvio padrão dos percentuais do domínio físico obtidos na Fase da Exaustão, considerando-se os três diferentes grupos.

Tabela 38 - Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança dos percentuais do domínio físico da Fase da exaustão, segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupos		N	Média	DP	95% Interv.Conf.	
					Lim.Mín.	Lim.Máx.
FQ1%	1	15	29,67	17,57	19,94	39,40
	2	17	29,65	11,46	23,75	35,54
	3	13	37,38	19,66	25,51	49,26
	Total	45	31,89	16,25	27,01	36,77
FQ2%	1	15	29,13	23,95	15,87	42,40
	2	17	12,06	12,53	5,62	18,50
	3	13	17,69	15,15	8,54	26,85
	Total	45	19,38	18,87	13,71	25,05
FQ3%	1	15	25,80	23,33	12,88	38,72
	2	17	13,88	9,19	9,16	18,61
	3	13	18,38	14,09	9,87	26,90
	Total	45	19,16	16,85	14,09	24,22

Fonte; Dados coletados no Hospital Samaritano.

No domínio físico da Fase de Exaustão, segundo ANOVA de medidas repetidas, encontrou-se diferença estatisticamente significativa no momento 2 ($F=3,751/p=0,032$). E, segundo o Post Hoc, tal diferença foi entre o Grupo Protocolo/Controle ($p=0,026$)

Houve melhoria após o tratamento de auriculoterapia para os 2 grupos de intervenção (protocolo e sem protocolo) dos níveis de estresse na Fase de exaustão segundo o ISSL, com 59% de redução para o grupo protocolo e 53% para o sem protocolo nas diferenças entre 2-1. No *follow-up* a redução foi de 53% para o grupo protocolo e 51% para o grupo sem protocolo.

Embora o maior índice d tenha sido para o grupo sem protocolo no momento 2, com $d=1,08$ (efeito muito grande), e em segundo lugar para o grupo protocolo com $d=1,05$ (efeito muito grande), como no *baseline* os níveis de estresse foram superiores para o grupo sem protocolo, apenas o grupo protocolo conseguiu a diferença estatística em relação ao grupo controle (Tabela 39).

Tabela 39 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio físico da Fase de Exaustão, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif.		
			Média	IC 95%	%
G1	F1/F2	0,03	-0,54	-14,02;12,94	-2
G1	F1/F3	0,24	-3,87	-16,43;8,69	-13
G2*	F1/F2	1,05	-17,59	-29,65;-5,53	-59
G2	F1/F3	0,9	-15,77	-28,35;-3,19	-53
G3	F1/F2	1,08	-19,69	-35,09;-4,29	-53
G3	F1/F3	1,02	-19	-34,66;-3,34	-51

* Significância de $p < 0,05$ para os grupos protocolo/controle no momento 2.

A seguir estão descritas as médias e desvio padrão dos percentuais do domínio psicológico da Fase de Exaustão (Tabela 40).

Tabela 40 - Descritiva das médias, desvio padrão, intervalo de confiança do domínio psicológico da Fase de Exaustão. São Paulo, 2012.

Grupos		N	Média	DP	95% Interv.Conf.	
					Lim.Mín.	Lim.Máx.
PQ1%	1	15	65,13	9,69	59,76	70,50
	2	17	59,82	15,89	51,65	67,99
	3	13	60,92	12,27	53,51	68,34
	Total	45	61,91	12,97	58,01	65,81
PQ2%	1	15	56,40	24,64	42,75	70,05
	2	17	19,59	23,22	7,65	31,53
	3	13	22,85	24,25	8,18	37,51
	Total	45	32,80	28,92	24,11	41,49
PQ3%	1	15	50,40	30,95	33,26	67,54
	2	17	25,94	22,70	14,27	37,61
	3	13	27,69	23,08	13,74	41,64
	Total	45	34,60	27,67	26,29	42,91

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Na avaliação do domínio psicológico da Fase de Exaustão o teste de ANOVA de medidas repetidas constatou que houve diferença estatística significativa no momento 2 ($F=10,95/p=0,000$) e no momento 3 ($F=4,22/p=0,021$). No teste de Post Hoc de Tukey observou-se que a diferença do momento 2 foi entre os grupos

protocolo e controle, com significância de $p=0,000$, entre os grupos sem protocolo e controle ($p=0,002$) e, para o momento 3, entre os grupos protocolo/controle($p=0,028$), conforme Tabela 41.

Tabela 41 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio psicológico do Questionário 3, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	P1/P2	0,36	-8,73	-22,73;5,27	-13
G1	P1/P3	0,54	-14,73	-31,88;2,42	-23
G2*	P1/P2	1,97	-40,23	-54,13;-26,33	-67
G2*	P1/P3	1,68	-33,88	-47,57;-20,19	-57
G3*	P1/P2	2,06	-38,07	-53,64;-22,50	-62
G3	P1/P3	1,87	-33,23	-48,19;-18,27	-55

* Significância $p<0,05$ para os grupos de intervenção/controle nos momentos 2 e 3

Segundo a Tabela 41, ambos os grupos, protocolo e sem protocolo, conseguiram grande redução dos níveis de estresse dos sintomas da Fase de Exaustão do ISSL para os sintomas psicológicos, mantendo-se os resultados positivos no *follow-up* de 30 dias para ambos os grupos, porém com diferenças estatísticas somente para o grupo protocolo, devido ao *baseline*, conforme Gráfico 12.

Gráfico 12 - Evolução das diferenças das médias dos percentuais dos domínios físico da Fase de Exaustão, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

* Significância de $p<0.05$ para o grupo protocolo/controle no momento 2.

Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

Gráfico 13 - Evolução das diferenças das médias dos percentuais dos domínios psicológico da Fase de Exaustão, segundo 3 grupos.

São Paulo, 2012.

* Significância de $p < 0.05$ para os dois grupos de intervenção no momento 2 e para o grupo protocolo para o momento 3.

Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

Concluiu-se que, segundo o ISSL, a auriculoterapia sem protocolo conseguiu melhores resultados para redução de níveis de estresse especialmente para a Fase de Resistência, nos domínios físico e psicológico e no domínio psicológico da Fase de Alerta. O grupo protocolo não conseguiu respostas positivas nestas avaliações. Em termos de tamanho de efeito, os resultados foram similares na Fase de exaustão, quanto aos dois domínios, para os dois grupos, com ligeira superioridade para o grupo protocolo.

6.4 RESULTADOS DA SEGUNDA FASE: SF36V2

6.4.1 Análise e evolução dos domínios físico e mental segundo SF36v2

O Alfa de Cronbach para SF36v2 na primeira avaliação foi de 0,737. Na Tabela 42 estão apresentadas as médias e desvio padrão dos domínios físico e mental do SF36v2, segundo os 3 grupos.

Tabela 42 - Descritiva de médias, desvio padrão e intervalo de confiança dos domínios físico e mental, segundo 3 grupos.

São Paulo, 2012.

		N	Média	DP	IC 95%	
SF1	1	58	47,41	7,68	45,38	49,43
	2	58	48,72	7,48	46,76	50,69
	3	59	45,29	7,41	43,36	47,22
	Total	175	47,13	7,62	45,99	48,27
SF2	1	58	47,36	6,39	45,67	49,04
	2	58	50,81	6,05	49,22	52,4
	3	59	47,74	7,12	45,88	49,59
	Total	175	48,63	6,68	47,63	49,62
SF3	1	58	46,41	7,8	44,36	48,46
	2	58	50,56	6,32	48,9	52,22
	3	59	47,93	7,12	46,07	49,79
	Total	175	48,3	7,27	47,21	49,38
SM1	1	58	40,41	11,7	37,33	43,49
	2	58	38,25	9,39	35,78	40,71
	3	59	38,72	9,11	36,34	41,09
	Total	175	39,12	10,11	37,61	40,63
SM2	1	58	39,2	10,61	36,41	41,99
	2	58	43,96	10,66	41,16	46,76
	3	59	45,28	9,17	42,89	47,67
	Total	175	42,83	10,44	41,27	44,39
SM3	1	58	40,26	9,96	37,63	42,88
	2	58	43,45	10,74	40,63	46,28
	3	59	41,91	11,51	38,91	44,91
	Total	175	41,87	10,78	40,26	43,48

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Como os dados do *baseline* do domínio físico do SF36 foram diferentes estatisticamente entre si ($p=0,047$), conforme ilustra o Gráfico 14, e tal diferença foi entre os grupos de intervenção protocolo e sem protocolo ($p=0,038$), optou-se por realizar a análise estatística a partir da variação entre as médias encontradas nos 3 momentos. Desta forma, a análise estatística partiu das médias das diferenças entre os momentos 2-1 e 3-1 para o domínio físico e não dos dados brutos que originalmente foram encontrados.

- **Domínio físico do SF36v2**

Gráfico 14 - Evolução dos sintomas físicos do SF36v2 nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

* Diferença significativa entre grupos de intervenção no *Baseline* ($p < 0,05$);
 Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

Ao realizar os testes paramétricos de ANOVA foram encontradas diferenças significativas para as diferenças das médias do domínio físico entre 3-1 ($F=4,996/p=0,008$). Pelo Post Hoc de Tukey encontrou-se que a diferença foi entre o grupo sem protocolo/controle. Obteve-se também diferença marginal para o grupo protocolo quando comparado ao controle ($p=0,054$), entre os tempos 3-1. Portanto, para a redução dos sintomas físicos do SF36v2, o tratamento individualizado do grupo sem protocolo obteve eficácia, com um índice d de Cohen de 0,37, equivalente a pequeno efeito. Os resultados para o domínio físico do SF36v2 foram de 6% de melhoria para o grupo sem protocolo e de 4% para o grupo controle (Tabela 43).

Tabela 43 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do domínio físico do SF36v2 nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	D.Média	IC95%	%
G1	F1/F2	0,01	-0,05	-2,23; 2,13	0
G1	F1/F3	0,13	-1	-3,85;1,85	-2
G2	F1/F2	0,31	2,09	-0,41;4,59	4
G2	F1/F3	0,27	1,84	-0,71;4,39	4
G3	F1/F2	0,34	2,45	-0,25;5,15	5
G3*	F1/F3	0,37	2,64	-0,01;5,29	6

* Significância de $p < 0,05$ entre grupo sem protocolo/controle no momento 3.

- **Domínio mental do SF36v2**

No domínio mental, foram encontradas diferenças significativas para as médias do domínio mental na avaliação do pós-tratamento, com significância de $p=0,004$ e $F=5,776$. Ao realizar o Post Hoc de Tukey, observou-se que a diferença encontrada foi entre os grupos protocolo/controle ($p=0,033$) e entre sem protocolo/controle ($p=0,033$) (Tabela 44).

Tabela 44 - Teste Post Hoc para sintomas mentais do SF36v2 das diferenças entre grupos, segundo 3 tempos. São Paulo, 2012.

Variável	Grupos		p	95% IC	
				Mínimo	Máximo
SM1	1	2	0,483	-2,28	6,62
		3	0,637	-2,73	6,13
	2	1	0,483	-6,62	2,28
		3	0,966	-4,90	3,96
SM2	1	2	0,033	-9,23	-0,29
		3	0,004	-10,53	-1,64
	2	1	0,033	0,29	9,23
		3	0,762	-5,77	3,12
SM3	1	2	0,248	-7,92	1,53
		3	0,685	-6,36	3,05
	2	1	0,248	-1,53	7,92
		3	0,718	-3,16	6,25

Fonte: Dados coletados pela autora.

Tabela 45 - Tamanho de efeito e percentuais do domínio mental do SF36v2 nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	tempos	d	Dif.	IC 95%	%
			Média		
G1	M1/M2	0,11	-1,2	-5,32;2,89	-3
G1	M1/M3	0,01	-0,15	-4,15;3,85	0
G2*	M1/M2	0,57	5,7	2,02;9,41	15
G2	M1/M3	0,52	5,2	1,49;8,91	14
G3*	M1/M2	0,72	6,56	3,23;9,90	17
G3	M1/M3	0,31	3,19	-0,60; 6,98	8

* Significância de $p<0,05$ para intervenção/controle no momento 2.

Quanto ao domínio mental do SF36v2, observou-se diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos sem protocolo/controle com índice d de Cohen de 0,72(Médio efeito), correspondente a 17% de aumento. Houve também melhoria para o

grupo protocolo comparativamente ao controle, com índice d de Cohen de 0,57(Médio efeito), equivalente a 15% de melhoria. Não houve diferenças estatísticas entre os grupos protocolo/sem protocolo. Ambos os grupos de intervenção conseguiram obter resultados positivos no pós-tratamento para os sintomas mentais, porém, tais resultados não se mantiveram no *follow-up* de 30 dias.

O gráfico 15 ilustra a evolução dos sintomas físicos e mentais do SF36v2.

Gráfico 15 - Evolução das médias de sintomas físicos (SF) e mentais (SM) do SF36v2, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

* significância de $p < 0,05$ na diferença 3-1 entre controle e sem protocolo para o domínio físico; *significância de $p < 0,05$ entre os 2 grupos de intervenção e controle para o domínio mental na diferença 2-1.

Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

6.4.2 Evolução de cada aspecto do domínio físico do SF36v2

Na análise dos quatro domínios que compõe a saúde física, em separado, somente três deles apresentaram diferenças estatísticas significativas quanto às diferenças entre as médias dos tempos 2-1 e 3-1. A seguir estão descritas (Tabela 46) e ilustradas (Gráfico 16), as médias dos 3 tempos segundo os 3 grupos para os aspectos Capacidade Funcional, Aspecto físico, Dor e Estado Geral de Saúde.

Tabela 46 - Descritiva da evolução das médias e desvio-padrão dos 8 domínios do SF36v2, segundo 3 momentos. São Paulo, 2012.

Variáveis	Média1	DP1	Média2	DP2	Média3	DP3
CF	73,80	20,76	77,39	18,62	71,91	21,16
AF	67,36	23,77	75,62	20,13	70,25	21,16
DOR	50,92	18,15	58,06	17,30	53,73	18,55
EGS	65,80	19,30	68,53	18,61	63,68	18,72
Total físico	47,13	7,62	48,63	6,68	48,30	7,27
Vitalidade	46,41	17,51	50,13	17,82	48,08	17,99
AS	59,73	23,49	65,82	24,10	63,12	24,83
AE	68,50	22,43	77,27	21,16	74,84	22,44
SM	55,09	17,99	61,25	18,74	60,19	21,58
Total mental	39,12	10,12	42,83	10,44	41,87	10,78

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Gráfico 16 - Evolução das médias de Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor e Estado Geral de Saúde em 3 tempos, nos 3 grupos. São Paulo, 2012.

* Significância de $p < 0,05$ para Capacidade Funcional, Dor e Estado Geral de Saúde;

Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

No teste ANOVA o resultado apresentou significância marginal de $p = 0,050$ para o domínio Capacidade funcional na diferença 2-1 e de $p = 0,002$ ($F = 6,600$) na diferença 3-1. O Post Hoc de Tukey no tempo 3-1 mostrou que tal diferença foi entre os grupos protocolo/controle ($p = 0,009$) e entre os grupos sem protocolo/controle ($p = 0,003$). O grupo protocolo conseguiu melhorar em 10% e o grupo sem protocolo 9% contra uma queda de 13% do

grupo controle, justificando, portanto, a diferença estatística (Tabela 47). O índice d de Cohen foi de 0,42 (Médio efeito) para o grupo protocolo/controle e de 0,30 (Pequeno efeito) para o grupo sem protocolo/controle.

Tabela 47 - Tamanho de efeito e percentuais da Capacidade funcional do SF36v2, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif.		
			Média	IC 95%	%
G1	CF1/CF2	0,11	-2,22	-9,94;5,50	-3
G1	CF1/CF3	0,45	-9,41	-17,19;-1,63	-13
G2*	CF1/CF2	0,42	7,33	0,93;13,73	10
G2	CF1/CF3	0,06	1,27	-6,30;8,83	2
G3*	CF1/CF2	0,30	6,0	-1,23;13,23	9
G3	CF1/CF3	0,12	2,38	-5,04;9,80	3

*Significância de $p < 0,05$ para os momentos 2 e 3 entre os grupos intervenção/controle;

O segundo item, Aspectos físicos, não apresentou diferença estatística na análise intergrupos, embora tenha apresentado uma melhora quando avaliado dentro do próprio grupo. O grupo protocolo conseguiu uma melhoria de 14% após o tratamento e o sem protocolo conseguiu 18%. Mas, como o grupo controle também flutuou para melhor em 5%, na análise intergrupos não foi possível constatar tais diferenças.

O resultado para o aspecto Dor apresentou significância estatística na diferença das médias dos tempos 2-1 ($p=0,000/F=12,371$), 3-1 ($p=0,000/F=9,671$). No teste de múltiplas comparações de Tukey, a diferença 2-1 foi entre os grupos protocolo/controle ($p=0,000$), sem protocolo/controle ($p=0,000$); para a diferença 3-1 foi entre os grupos protocolo/controle ($p=0,001$) e entre os grupos sem protocolo/controle ($p=0,000$).

O domínio da Dor apresentou os melhores resultados positivos percentuais para ambos os grupos de intervenção comparados ao controle. Houve 22% de melhora para o grupo protocolo e 25% para o grupo sem protocolo no momento 2. Mesmo com uma queda de quase 10% no *follow-up* do efeito de diminuição da dor, ambos conseguiram manter a diferença estatística

comparada ao grupo controle. O índice d de Cohen foi de 0,67(Médio efeito) entre os grupos sem protocolo/controle e de 0,63 (Médio efeito) entre os grupos protocolo/controle. No *follow-up* o grupo sem protocolo obteve 0,37 (pequeno efeito), correspondente a médio aumento dos níveis de qualidade de vida quanto à dor (Tabela 48).

Tabela 48 - Tamanho de efeito e percentuais das médias da Dor (SF36v2) nos 3 tempos, segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	Cohen's d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	DOR1-2	0,11	-1,7	-7,79;4,35	-3
G1	DOR1-3	0,33	-5,23	-11,05;0,60	-10
G2*	DOR1-2	0,63	10,98	4,50;17,47	22
G2*	DOR1-3	0,34	6,38	-0,57;13,33	13
G3*	DOR1-2	0,67	12,07	5,43;18,71	25
G3*	DOR1-3	0,37	7,2	0,06;14,34	15

* Significância de $p < 0,05$ para os grupos intervenção comparados ao controle.

Para o domínio Estado Geral de Saúde observou-se diferença estatisticamente significativa entre as diferenças 2-1 ($p=0,000/F=9,117$) e entre as diferenças 3-1 ($p=0,000/F=11,059$). Nas múltiplas comparações de Tukey entre as diferenças 2-1, a diferença estatística foi entre os grupos protocolo/controle ($p=0,001$) e grupos sem protocolo/controle ($p=0,001$); e na diferença 3-1, foi entre os grupos protocolo/controle ($p=0,001$) e entre sem protocolo/controle ($p=0,000$).

Houve similar resposta para os dois grupos de intervenção quanto ao Estado Geral de Saúde, com melhoria de 9% para o protocolo e 10% do grupo sem protocolo, contra uma queda 6% do grupo controle. Pode-se afirmar também que a auriculoterapia conseguiu manter os níveis positivos alcançados no pós-tratamento durante o *follow-up* (Tabela 49).

Tabela 49 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do Estado Geral de Saúde (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif.		
			Média	IC 95%	%
G1	EGS2-1	0,25	-4,22	-10,52;2,08	-6
G1	EGS3-1	0,59	-9,91	-16,12;-3,70	-15
G2*	EGS2-1	0,30	5,89	-1,31;13,09	9
G2*	EGS3-1	0,05	1,04	-6,18;8,26	2
G3*	EGS2-1	0,34	6,44	-0,45;13,33	10
G3*	EGS3-1	0,13	2,44	-4,51;9,39	4

* Significância de $p < 0,05$ para intervenção/controle para os momentos 2 e 3.

Concluiu-se que, para os diferentes itens que compõe o domínio físico no SF36v2, quando realizada a análise de cada aspecto em separado, os dois grupos de intervenção conseguiram similares resultados quanto à eficácia da auriculoterapia para aumentar os níveis dos fatores que o compõe, com especial atenção para Capacidade funcional (*follow-up*), Dor(pós-tratamento e *follow-up*) e Estado Geral de Saúde(pós-tratamento e *follow-up*).

6.4.3 Evolução de cada aspecto do domínio mental do SF36v2

Para visualizar os resultados obtidos em cada aspecto do domínio mental do SF36V2, o Gráfico 17 ilustra a evolução dos três grupos em três momentos diferentes.

Gráfico 17 - Evolução das médias de Vitalidade, Aspecto social, emocional e Saúde mental segundo os 3 grupos. São Paulo, 2012.

Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

Na ANOVA de medidas repetidas para o domínio Vitalidade obteve-se diferença significativa entre a diferença das médias dos tempos 2-1 ($p=0,004/F=5,719$). O Post Hoc de Tukey para Vitalidade definiu que houve melhora para os dois grupos de intervenção com manutenção da melhora para o grupo protocolo no *follow-up*.

O domínio Vitalidade melhorou 17% em relação ao *baseline* para o grupo sem protocolo e 13% para o grupo protocolo após as 12 sessões. O índice d de Cohen foi de 0,47, equivalente a “Médio efeito” para o grupo sem protocolo/controle no momento 2. O grupo protocolo conseguiu também um índice de 0,34 equivalente a “Pequeno efeito” no momento 2 (Tabela 50).

Tabela 50 - Tamanho de efeito e percentuais das médias da Vitalidade (SF36v2) , segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	VT2-1	0,13	-2,43	-9,38;4,52	-5
G1	VT3-1	0,09	-1,61	-8,34;5,12	-3
G2*	VT2-1	0,34	5,89	-0,50;12,28	13
G2	VT3-1	0,31	5,28	-0,97;11,53	11
G3*	VT2-1	0,47	7,62	1,65; 13,60	17
G3	VT3-1	0,08	1,36	-5,21;7,93	3

* Significância de $p<0,05$ entre grupos de intervenção e controle no momento 2.

Quanto ao domínio Aspecto social, o teste de ANOVA mostrou diferença estatística na diferença 2-1 ($p=0,002/F=6,548$) e diferença 3-1 ($p=0,009/F=4,881$). Quanto ao domínio aspecto social e aos percentuais relativos às diferenças entre as médias dos tempos, observou-se 21% de melhora do grupo sem protocolo e 14% do grupo protocolo (Tabela 51). Há um potencial de melhora do grupo sem protocolo em obter respostas positivas no pós-tratamento, porém o grupo protocolo se mostrou mais eficaz para manter a resposta no *follow-up*, mesmo tendo uma resposta inferior ao outro grupo no pós-tratamento.

Tabela 51 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do Aspecto Social (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

grupo	tempos	d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	AS2-1	0,12	-2,94	-19,38;13,50	-5
G1	AS3-1	0,21	-5,16	-21,54; 11,24	-8
G2*	AS2-1	0,37	8,58	-0,10;17,26	14
G2*	AS3-1	0,34	7,87	-0,82;16,56	13
G3*	AS2-1	0,57	12,50	4,46;20,54	21
G3*	AS3-1	0,32	7,40	-1,20;16,00	13

* Significância de $p < 0,05$ entre intervenção/controle nos momentos 2 e 3.

Quanto ao domínio Aspecto emocional, o teste de ANOVA demonstrou diferença estatística na diferença 2-1 ($p=0,043/3,202$) e 3-1 ($p=0,000/F=8,038$). Os resultados se mostraram positivos para o grupo sem protocolo na diferença entre os tempos 2-1, com melhora de 20%. Na diferença 3-1 houve diferença estatística entre os grupos de intervenção e o controle, pois este último teve piora de 7%, tendo sido mantidos os níveis de melhora para os grupos de intervenção. O índice d de Cohen foi de 0,63 para o grupo sem protocolo para os momentos 2 e 3, equivalente a Médio efeito. O grupo protocolo também conseguiu “Médio efeito” para o momento 2 e 3 (Tabela 52).

Tabela 52 - Tamanho de efeito e percentuais das médias do Aspecto Emocional (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	AE2-1	0,09	2,21	-6,50;10,92	3
G1	AE3-1	0,19	-4,52	-13,41;4,37	7
G2*	AE2-1	0,54	11,03	3,48;18,58	16
G2*	AE3-1	0,51	10,42	2,79;18,05	15
G3*	AE2-1	0,63	13,00	5,45;20,56	20
G3*	AE3-1	0,63	12,99	5,44; 20,54	20

* Significância de $p < 0,05$ entre grupos de intervenção/controle no momento 2 e 3.

Quanto ao domínio Saúde mental, o teste de ANOVA demonstrou diferença estatística na diferença 2-1 ($p=0,000/F=16,802$). No aspecto Saúde Mental houve uma melhora

significativa da diferença entre os tempos 2-1 para os grupos de intervenção, com 22% para o grupo sem protocolo e 21% de melhora para o grupo protocolo. O índice d de Cohen foi de 0,69 para o grupo sem protocolo no segundo momento e de 0,62 para o grupo protocolo, ambos correspondentes à classificação “Médio efeito”(Tabela 53).

Tabela 53 - Tamanho de efeito e percentuais das médias da Saúde Mental (SF36v2), segundo 3 grupos. São Paulo, 2012.

Grupo	Tempos	d	Dif. Média	IC 95%	%
G1	SM2-1	0,24	-4,41	-11,41;2,53	-8
G1	SM3-1	0,26	5,57	-2,32;13,82	10
G2*	SM2-1	0,62	10,95	4,39;17,51	21
G2	SM3-1	0,33	6,08	-0,67;12,83	12
G3*	SM2-1	0,69	11,86	5,57;18,15	22
G3	SM3-1	0,19	3,47	-3,41;10,35	6

* Significância de $p < 0,05$ entre grupo de intervenção/controle no momento 2.

Os dois grupos de intervenção, protocolo e sem protocolo, foram eficazes para melhorar a qualidade de vida, quanto ao aspecto mental. Embora não haja diferenças estatísticas entre os grupos de intervenção quanto ao domínio mental do SF36v2, o grupo sem protocolo obteve resultados superiores ao grupo protocolo para os quatro itens que compõe este domínio na análise do tamanho do efeito e do percentual de mudança e melhora. Houve manutenção de resultados no *follow-up* para os itens Aspecto social e Aspecto emocional para ambos os grupos de intervenção.

6.5 RESULTADOS DA SEGUNDA FASE: DIAGNÓSTICOS DE MTC ENCONTRADOS

6.5.1 Principais padrões de Excesso e Deficiência nos meridianos

Os principais padrões de excesso verificados na amostra de 175 profissionais de Enfermagem do Hospital Samaritano no

baseline foram: Estagnação de Qi e Xue nos meridianos tendino-musculares das costas (62,3%); Calor de Estômago e Subida de Yang do Fígado, ambos com 61,7% de ocorrência; Estagnação de Qi do Fígado (41,7%) e Distúrbio de Shen (47,4%), Deficiência de Yin do Rim (47,4%) e Deficiência de Qi e Xue do Baço-Pâncreas (38,9%), conforme ilustram as Tabelas 54 e 55.

Tabela 54 – Descritiva de percentuais dos principais diagnósticos de excesso energético dos meridianos. São Paulo, 2012.

	Calor E	Calor IG	Est. Qi F	Sub. Yang F	Est. Xue Útero	Calor C	Est. Qi/xue Costas	Est. Qi Tórax	Calor Umid.	Frio Perv.
N	108	41	73	108	8	7	109	7	8	11
%	61,7	23,4	41,7	61,7	4,6	4	62,3	4	4,6	6,3

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Tabela 55 - Descritiva de percentuais dos principais diagnósticos de deficiência energética dos meridianos. São Paulo, 2012.

	Def. Qi R	Def. Yin R	Def. Qi P	Def Yin P	Dist Shen	Def Qi C	Def Qi BP
N	12	83	31	8	83	2	68
%	6,9	47,4	17,7	4,6	47,4	1,1	38,9

Fonte: Dados coletados no Hospital Samaritano.

Foi realizado um estudo comparativo dos principais sintomas encontrados no instrumento LSS e os mesmos foram distribuídos segundo os diagnósticos de MTC encontrados no início do tratamento.

- Estagnação de Qi e Xue nos meridianos tendino-musculares das costas: *sinto dores nas costas.*
- Calor de Estômago: *como demais, tenho distúrbios gastrointestinais, fumo demais, tenho a boca seca, fico afônico, tenho um nó no estômago.*
- Subida de Yang do Fígado e deficiência de Yin do Fígado: *Minha pressão é alta, tenho insônia, ouço*

zumbido nos ouvidos, tenho pesadelos, sofro de enxaqueca, olhos lacrimejantes.

- Estagnação de Qi do Fígado: *rôo as unhas, ranjo os dentes, aperto as mandíbulas, sinto raiva, qualquer coisa me irrita, tenho insatisfação com o trabalho, tenho dor de cabeça.*
- Distúrbio de Shen e desarmonia do Coração: *qualquer coisa me apavora, tenho pensamentos que provocam ansiedade, tenho medo, fico esgotado emocionalmente, sinto angústia, tenho insônia, tenho dificuldades de relacionamento, sinto depressão, esqueço-me das coisas, sinto insegurança, sinto preocupações, tenho pesadelos, meu desempenho está limitado no trabalho, tenho dúvidas sobre mim mesmo.*
- Deficiência energética de Rim: *sinto-me desgastado, tenho desânimo, minhas forças estão no fim, tenho cansaço, não tenho vontade de fazer as coisas, ouço zumbidos no ouvido, sinto sobrecarga de trabalho, sinto exaustão física, tenho sono exagerado, meu desempenho no trabalho está limitado.*
- Deficiência de Qi e Xue do BP: *sinto falta de apetite, levanto cansado, sinto náuseas, um apetite oscila muito, sinto que vou desmaiar, mãos e/ou pés frios, sinto-me desgastado, tenho desânimo, tenho cansaço, não tenho vontade de fazer as coisas, sinto exaustão física.*

A LSS também definiu a presença de mais dois diagnósticos com menor percentual de ocorrência segundo o diagnóstico de MTC:

- Deficiência de Qi de Pulmão: *sinto-me desgastado, tenho desânimo, tenho cansaço, não tenho vontade de fazer as*

coisas, sinto exaustão física, corpo coberto de suor frio, mãos e pés frios, tenho sono exagerado.

- Estagnação de Qi no tórax: *sinto a respiração ofegante, tenho taquicardia, sinto pressão no peito.*

6.5.2 Principais sintomas responsivos ao tratamento segundo LSS e diagnósticos de MTC relacionados

Os únicos sintomas que não conseguiram alcançar um resultado positivo pós-tratamento de auriculoterapia segundo a LSS foram: *Sinto-me alienado, Costumo faltar ao meu trabalho, Fumo demais e Sinto-me insatisfeito com o meu trabalho.* Quanto aos demais sintomas, os pontos utilizados para o tratamento foram eficazes para o seu controle.

Portanto, as pessoas que fumavam continuaram fumando, não se modificou o quanto a pessoa estava insatisfeita com o trabalho, o quanto se sentia alienado e nem se alterou o quanto a pessoa faltava ou não ao trabalho devido ao tratamento de auriculoterapia durante estas seis semanas.

Ressalte-se que os diagnósticos propostos de MTC na Tabela 56 não são definitivos e tomaram-se por base os principais desequilíbrios já discutidos para estresse na introdução do trabalho e os principais sintomas encontrados segundo a Lista de Sintomas de Stress de Vasconcellos.

Para a análise estatística foram utilizados os dados dos grupos de intervenção (117 pessoas), excluindo-se o grupo controle e foram escolhidos os principais sintomas que melhor responderam ao tratamento protocolo e sem protocolo(Tabela 56).

Tabela 56 - Tamanho de efeito, percentual de mudança e possíveis diagnósticos de MTC dos sintomas mais responsivos após o tratamento em 117 sujeitos. São Paulo, 2012.

Sintomas	d	%	Dif. Média	IC 95%	Possíveis Diag.MTC
1. Respiração ofegante	0,64	-46	-0,46	-0,63;-0,29	Estag.Qi Tórax
2. Tudo me apavora	0,66	-45	-0,37	-0,53;-0,21	Dist. Shen/Def.C
3. Tenho taquicardia	0,55	-41	-0,42	-0,62;-0,22	Estag.Qi Tórax/C
4. Sensação de desmaio	0,40	-53	-0,25	-0,41;-0,09	Def.Qi/Xue
5. Pensamentos ansiosos	0,74	-34	-0,62	-0,84;-0,40	Dist. Shen
6. Levanta cansado(a)	0,98	-34	-0,56	-0,71;-0,41	Def.Qi BP
7. Tenho medo	0,61	-43	-0,46	-0,65;-0,27	Dist.Shen/Def.C
8. Esgotado emocionalm.	0,73	-33	-0,58	-0,79;-0,37	Dist.Shen/Def.R/C/F
9. Sinto angústia	0,56	-36	-0,47	-0,69;-0,25	Dist. Shen
10. Forças estão no fim	0,53	-38	-0,43	-0,64;-0,22	Def.geral e R
11. Dist. gastrintestinais	0,47	-36	-0,42	-0,65;-0,19	Desarmonia BP/E
12. Tenho insônia	0,42	-35	-0,37	-0,60;-0,14	Dist. Shen/Yang F/C
13. Sinto raiva	0,61	-38	-0,46	-0,66;-0,26	Estag.Qi F
14. Qualquer coisa irrita	0,55	-30	-0,42	-0,62;-0,22	Estag.Qi F
15. Olhos lacrimejantes	0,51	-49	-0,39	-0,59;-0,19	Def.Yin F
16. Sono exagerado	0,58	-36	-0,61	-0,88;-0,34	Def.Geral e R
17.Sinto insegurança	0,47	-36	-0,35	-0,54;-0,16	Dist.Shen/Def. C
18. Pessão no peito	0,40	-44	-0,30	-0,49;-0,10	Estag.Qi tórax
19. Tenho dor de cabeça	0,62	-35	-0,55	-0,78;-0,32	Estag.Qi F
20. Tenho a boca seca	0,43	-41	-0,31	-0,50;-0,12	Calor E/C
21. Sofro de enxaqueca	0,43	-38	-0,44	-0,71;-0,17	Subida Yang F
22. Músculos tensos	0,60	-33	-0,55	-0,79;-0,31	Estag.Qi costas
23. Vontade de abandonar tudo	0,46	-33	-0,44	-0,65;-0,23	Dist.Shen/Def. R/C/F
24. Discute com amigos	0,49	-42	-0,38	-0,58;-0,18	Estag.Qi F
25. Evita festas	0,47	-43	-0,39	-0,61;-0,17	Dist.Shen/Def. C
26. Vontade de ficar só	0,45	-33	-0,40	-0,60;-0,20	Dist.Shen/Def. C

*Todos os sintomas acima obtiveram significância de $p < 0,01$ no teste t-pareado entre o *baseline* e o pós-tratamento

Obs. Estag.=Estagnação; Dist.=Distúrbio; Def.=Deficiência; F=Fígado; C=Coração; R=Rim; BP= Baço Pâncreas; E=Estômago; emocionalm.=emocionalmente; c/=com

Fonte: Dados organizados pela autora.

6.5.3 Principais sintomas responsivos ao tratamento segundo ISSL e diagnósticos de MTC relacionados

A seguir serão relatados os principais sintomas do Inventário de Sintomas de Stress da Lipp que melhor responderam à auriculoterapia protocolar e sem protocolo. Foram selecionados somente os sintomas do segundo questionário dos grupos de intervenção (15), que correspondem aos sintomas da Fase de

Resistência e de Quase exaustão, pois do total de 175 pessoas o percentual mais representativo de sujeitos estava nesta fase. Foi feita uma análise dos sintomas no *baseline* e após 12 sessões do tratamento em teste paramétrico t-Student (pareado) e, em seguida, foi realizada uma avaliação dos sintomas que melhor responderam conforme o índice d de Cohen, a partir do tamanho de efeito e um percentual de mudanças para os sintomas do segundo questionário. Foi feita também uma associação de tais sintomas com os principais diagnósticos de MTC que foram elencados no início do estudo.

Os principais sintomas físicos e psicológicos e seus possíveis diagnósticos de MTC correspondentes estão relacionados na Tabela 57. Cabe ressaltar, porém, que os diagnósticos propostos são sugestivos a partir dos sintomas da fisiopatologia energética do estresse e outras morbidades associadas.

Tabela 57 - Tamanho de efeito, percentual de mudança dos principais sintomas responsivos do Questionário 2 (ISSL) e possíveis diagnósticos de MTC relacionados. São Paulo, 2012.

Sintomas	d	%	Dif.Méd.	IC 95%	Diag. MTC
1. Mal-estar geral	0,52	-59	-0,22	-0,33;-0,11	Inespecífico
2. Desgaste físico	0,75	-40	-0,33	-0,44;-0,22	Def. R/C/P/BP
3. Mudança de apetite	0,59	-59	-0,26	-0,37;-0,14	Desarmonia BP/E
4. Cansaço constante	0,59	-41	-0,28	-0,40;-0,16	Def. R/C/P/CP
5. Tontura	0,45	-51	-0,20	-0,31;-0,09	Def. Qi Xue
6. Nervosismo	0,66	-53	-0,31	-0,43;-0,19	Dist. Shen/Estag. F
7. Pensamento fixo	0,47	-39	-0,23	-0,36;-0,10	Dist. Shen/Des. BP/E
8. Irritabilidade	0,61	-48	-0,29	-0,41;-0,17	Yang/Fogo F

* Todos os sintomas acima obtiveram significância de $p < 0,01$ pelo teste t-pareado entre antes e após o tratamento;

Obs. Def.=Deficiência; R=Rim; C=Coração; F=Fígado; BP= Baço Pâncreas; Dist.=Distúrbio; Desarm.=Desarmonia;

Fonte: Dados organizados pela autora.

6.6 CORRELAÇÃO DOS PONTOS AURICULARES DO GRUPO SEM PROTOCOLO COM OS DIAGNÓSTICOS DE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA(MTC)

Na Tabela 58 pode-se observar o percentual de incidência de todos os pontos utilizados no Grupo sem protocolo (59 pessoas) a partir dos diagnósticos de MTC. Os pontos mais utilizados pelo Grupo sem protocolo findaram por repetirem os pontos do Grupo com protocolo: Shenmen (100%), Rim (97%), Tronco Cerebral (93%), Yang Fígado 1 (83%), Yang Fígado 2 (80%). Outros pontos também bastante utilizados foram: Estômago (97%), Baço (71%), Fígado (36%), Endócrino (31%), Pulmão (29%), Ápice (28%), Cervical (27%) e Lombar (24%). Portanto, com exceção dos pontos de Estômago e Baço, que obtiveram mais prevalência de uso, os cinco pontos do protocolo foram, de fato, os pontos comuns aos dois grupos.

Tabela 58 - Percentual de incidência de pontos auriculares do Grupo sem protocolo. São Paulo, 2012.

Pontos	Estômago	Fígado	Rim	Baço	Pulmão
N/%	57/97	21/36	57/97	42/71	17/29
	Intest.Gr.	Nariz	Garganta	Ves.Bil.	YangFíg1
N/%	8/14	6/10	1/2	6/10	49/83
	YangFíg2	Ápice	Endócrino	Shenmen	TC*
N/%	47/80	17/28	18/31	59/100	55/93
	Insônia	Coração	Ombro	Cervical	Joelho
N/%	9/15	7/12	13/22	16/27	6/10
	Lombar	Ciático	Mão	Pé	TA**
N/%	14/24	1/2	1/2	2/3	5/9
	Adrenal	Asma	SNA***	Brônquio	Cárdia
N/%	5/9	3/5	6/10	1/2	10/17
	Maxilar	Zero	Tireóide		
N/%	6/10	1/2	2/3		

*TC=tronco cerebral; **TA= triplo aquecedor; *** SNA= sistema nervoso autônomo

Fonte: Dados organizados pela autora.

Na auriculoterapia o ponto Rim é um ponto que genericamente pode tratar qualquer condição de deficiência dos rins, como por exemplo, a Deficiência de Qi do Rins ou a Deficiência de Yin dos Rins. Desta forma, 57 pessoas utilizaram o ponto dos rins para o tratamento destas duas diferentes condições de desequilíbrio energético dos rins. Outro exemplo: O ponto Shenmen, Sistema

nervoso autônomo, ponto Zero e Adrenal podem ser utilizados para os diagnósticos de: Distúrbio de Shen, Subida de Yang do Fígado, Estagnação de Qi do Fígado, Calor do Coração, Deficiência de Qi do Coração e Estagnação de Qi do tórax. Desta forma, embora tenham sido utilizados somente os dados de 59 pessoas do Grupo sem Protocolo, no agrupamento dos diagnósticos e pontos, o número total de pontos e de diagnósticos associados acabou por ser superior ao número de pessoas.

Na tabela 59 foi feita uma descritiva dos pontos auriculares utilizados e eles foram agrupados por similaridade de indicação terapêutica, para atender ao tratamento dos diferentes diagnósticos de MTC.

Tabela 59 - Descritiva dos pontos auriculares relacionados aos diagnósticos de MTC. São Paulo, 2012.

Pontos auriculares	N	Diagnóstico de MTC	N
RIM.....	57	Def.Qi e Yin do Rim.....	39
FÍGADO / VESÍCULA BILIAR		Defic. Yin do F/Subida de Yang	
TIREÓIDE.....	29	Fígado.....	41
BAÇO.....	42	Def. Qi e Xue BP/ Dist.Shen.....	49
ESTÔMAGO / CÁRDIA/			
TIREÓIDE/FOME.....	53	Calor de Estômago.....	39
PULMÃO / ASMA			
BRÔNQUIOS / NARIZ.....	27	Def. Qi e Yin P/ Def. Qi Rim.....	19
INTESTINO GROSSO			
INTESTINO DELGADO.....	10	Calor de Intestino Grosso.....	14
		Subida de Yang do F/Estagn.Qi	
YANG FÍGADO 1.....	49	Fígado.....	63
		Subida de Yang do F/Estagn.Qi	
YANG FIGADO 2.....	47	Fígado.....	63
ÁPICE/TA/ID/CORAÇÃO.....	32	Subida Yang do F/Calor de C.....	43
SHENMEN/SNA/PONTO ZERO/		Dist. Shen/Subida Yang F/ Estag.Qi	
ADRENAL/ CORAÇÃO.....	78	F/Calor C/Def qi C/ Estag. Qi tórax..	95
TC/CÉREBRO/HIPÓFISE/SNA		Dist. Shen/Subida Yang F/ Estag.Qi	
PONTO ZERO/CORAÇÃO.....	72	F/Calor C/Def qi C/ Estag. Qi tórax..	95
INSÔNIA/C/F/BAÇO.....	79	Dist Shen/Calor C/Def.Qi/Xue BP...	51
ÚTERO/OVÁRIO/			
ENDÓCRINO/FIGADO.....	55	Estag. Xue útero/Est Qi F/Def.BP....	50
GARGANTA/TA.....	6	Frio/Calor umidade.....	5
DOR*.....	63	Estag.Qi costas/Estag. Qi Fígado.....	62

* OBS. Em dor estão reunidos os pontos de dor músculo-esqueléticas (Lombar, Cervical, Maxilar, Ombro, Mão, Pé, Ciático e Joelho);

Legenda:TA (triplo aquecedor); SNA(sistema nervoso autônomo); TC (tronco cerebral)

Fonte: Dados coletados e organizados pela autora.

Realizado o teste de normalidade dos dados segundo Kolmogorov-Smirnov, optou-se pelo Teste de Correlação de Pearson para as duas variáveis, diagnósticos de MTC e pontos de auriculoterapia do grupo sem protocolo (Tabela 60).

Tabela 60 - Teste de Correlação de Pearson entre o número de pontos e de diagnósticos de MTC. São Paulo, 2012.

		N pontos	N diagn.
N pontos	Correlação Pearson	1	0,826
	Sig. (2-tailed)	-	0,000
	N	15	15
N diagn.	Correlação Pearson	0,826*	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	-
	N	15	15

*Coeficiente de Correlação de Pearson entre os dois grupos altamente positiva ($p < 0,001$);

Fonte: Dados organizados pela autora.

A partir do teste de Pearson foi possível encontrar uma forte correlação positiva entre os pontos auriculares escolhidos durante o tratamento e os diagnósticos de MTC encontrados ($r=0,826$), com significância de $p=0,000$, conforme ilustra o Gráfico 18.

Gráfico 18 - Correlação entre o número de diagnósticos de MTC e pontos auriculares do Grupo sem protocolo. São Paulo, 2012.

Fonte: Gráfico desenvolvido pela autora.

Os pontos escolhidos no grupo sem protocolo para o tratamento e os diagnósticos encontrados estão fortemente associados positivamente, o que implica afirmar que se houve um grande número de pessoas relatando um dado diagnóstico, o ponto ou pontos que tratam tal problema também tiveram a mesma tendência de alta ocorrência no grupo sem protocolo.

6.7 RESULTADOS DA SEGUNDA FASE: CORRELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA

Ao se realizar o teste de Correlação entre os dois instrumentos de estresse, as correlações positivas mais fortes foram entre os questionários da LSS no segundo momento (LSS2), pós-tratamento, e o questionário 2 do ISSL relativo à Fase de Resistência/Quase exaustão ($r=0,607/p=0,000$) e entre os mesmos questionários no momento 3 ($r=0,687/p=0,000$) (Tabela 61).

Tabela 61 - Teste de Correlação de Spearman entre LSS e ISSL nos 3 momentos. São Paulo, 2012.

			AL2	RES2	EX2	LSS2
rho	AL2	Coef. Correlação	1	0,465**	0,523**	0,345**
		P	-	0,000	0,000	0,000
	RES2	Coef. Correlação	0,465**	1	0,509**	0,607**
		P	0,000	-	0,000	0,000
	EX2	Coef. Correlação	0,523**	0,509**	1	0,457**
		P	0,000	0,000	-	0,000
	LSS2	Coef. Correlação	0,345**	0,607**	0,457**	1
		P	0,000	0,000	0,000	-
rho	AL3		AL3	RES3	EX3	LSS3
		Coef. Correlação	1	0,496**	0,526*	0,404**
		P	-	0,000	0,000	0,000
	RES3	Coef. Correlação	0,496**	1	0,468**	0,687**
		P	0,000	-	0,000	0,000
	EX3	Coef. Correlação	0,526**	0,468**	1	0,428**
		P	0,000	0,000	-	0,000
	LSS3	Coef. Correlação	0,404**	0,687**	0,428**	1
		P	0,000	0,000	0,000	-
		N	175	175	175	175

** Significância de $p < 0,01$;

Fonte: Dados organizados pela autora.

Ainda segundo a Tabela 61, observou-se correlação positiva entre os questionários que compõe o ISSL, entre os questionários da Fase de Alerta e de Exaustão no segundo momento e no terceiro momento. A correlação positiva demonstra que quanto maiores são os níveis de estresse de um questionário, maiores tendem a ser também os níveis de estresse do outro instrumento. Portanto, neste estudo, a Lista de Sintomas de Stress tem maior correlação com o questionário que afere os níveis de estresse da Fase de Resistência/Quase exaustão do Inventário de Sintomas de Stress da Lipp.

No teste de Correlação de Spearman entre o ISSL e os percentuais gerais de qualidade de vida (SF36), de acordo com o domínio físico e mental geral, não foi encontrada correlação entre os resultados dos dois instrumentos. Houve somente forte correlação positiva entre os níveis de estresse do domínio Mental com o Físico do próprio ISSL ($r=0,638$), com significância de $p=0,000$ (Tabela 62).

Tabela 62 - Teste de Correlação de Spearman entre ISSL e SF36v2.
São Paulo, 2012.

		ISSL F1	ISSL M1	SF36 F1	SF36 M2
ISSL F1	Coeficiente de Correlação	1,000	0,638**	0,001	-0,063
	P	0,000	0,000	0,991	0,409
ISSL P1	Coeficiente de Correlação	0,638**	1,000	0,144	-0,016
	P	0,000	0,000	0,057	0,830
SF36 F1	Coeficiente de Correlação	0,001	0,144	1,000	0,033
	P	0,991	0,057	0,000	0,661
SF36 M2	Coeficiente de Correlação	-0,063	-0,016	0,033	1,000
	P	0,409	0,830	0,661	0,000

Fonte: Dados organizados pela autora.

7 DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E NÍVEIS DE ESTRESSE

A amostra foi composta de 484 profissionais de Enfermagem, com 82% do sexo feminino, confirmando que a Enfermagem continua sendo uma profissão da mulher, embora o percentual de homens na Enfermagem neste estudo tenha sido superior a outros encontrados na literatura em anos anteriores. Os dados estatísticos disponibilizados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 1985, evidenciaram que 94,1% dos profissionais de Enfermagem eram do sexo feminino. Em 2005, as mulheres já representavam 89,96% para enfermeiras e 86,54% de auxiliares/técnicas. E em estimativas mais atuais, as mulheres correspondem a 87,24% dos profissionais enfermeiros no Brasil, contra 12,76% dos homens (COFEN, 2011).

Historicamente, preconceitos de gênero determinaram e restringiram a participação feminina no meio profissional, social e político e da mesma forma, a participação masculina na profissão de Enfermagem, considerada essencialmente feminina. A presença masculina na Enfermagem tem trazido rupturas importantes com estereótipos de gênero relacionados à prática do cuidado. Além da divisão sexual do trabalho, a categoria também sofreu durante o processo de profissionalização, uma diversificação de hierarquias, estabelecendo-se relações de desigualdade e poder na profissão (Coelho, 2005).

Aos técnicos e auxiliares de Enfermagem estão delegadas as tarefas mais intensas, repetitivas, social e financeiramente menos valorizadas, sendo considerado um trabalho menos qualificado, mas que está diretamente relacionado à assistência aos enfermos. Os enfermeiros são responsáveis pela chefia, coordenação e

supervisão do trabalho dos técnicos e auxiliares (Elias e Navarro, 2006).

Na Enfermagem, a mulher esteve atada por longo tempo, a um trabalho de submissão, de cunho essencialmente religioso, cujo papel social era de subordinação ao homem, ao médico, ao pai, marido ou patrão. A inserção das mulheres no mercado de trabalho e na política tem sido ditada pela necessidade de sobrevivência e a dupla jornada de trabalho tem sido uma realidade. A mulher trabalhadora precisa conciliar trabalho profissional e doméstico. A dupla jornada de trabalho leva por si só à sobrecarga de trabalho, que é fonte geradora de estresse, podendo desencadear diminuição de autocuidado e estresse crônico (Montanholi, Tavares, Oliveira, 2006).

A enfermeira tem acompanhado o processo de transformação da mulher na sociedade, conquistando o mercado de trabalho, assumindo papéis públicos de direção e chefias, antes reservados aos homens. Pesa sobre sua cabeça, portanto, séculos de história na reconstrução de seu papel social. Na atualidade, as enfermeiras têm enfrentado uma complexa dualidade: a de se libertarem de sua submissão ao masculino e ao mesmo tempo de viverem o temor de assumir um comportamento de poder (Padilha, Vaggetti, Brodersen, 2006).

Poderiam ser estas algumas das motivações que evidenciaram os resultados encontrados neste estudo: mulheres enfermeiras submetidas à múltiplas funções, domésticas e profissionais; trabalho sobre pressão, com alta exigência; enfermeiras em posições de poder e grande responsabilidade. Houve, neste estudo, níveis mais elevados de estresse entre mulheres (43 pontos) do que entre os homens (24 pontos); entre enfermeiras (45 pontos) do que entre técnicas (37 pontos), com especial atenção para enfermeiras que ocupavam cargos de chefia, como encarregadas de setores.

As medianas obtidas pelo grupo de enfermeiras do turno da manhã foram os que apresentaram níveis de estresse mais elevados (46 pontos) e, em segundo lugar, os encarregados em postos de chefia e com plantões variáveis (45 pontos).

Encontrou-se em outro estudo, que no turno da manhã realmente os níveis de estresse eram superiores comparativamente aos outros períodos. Embora se esperasse que o turno noturno apresentasse o maior nível de estresse, por fatores como diminuição de qualidade de sono, os resultados mostraram correlação entre os fatores estresse e qualidade de sono do turno da manhã. Tais níveis elevados neste turno são justificáveis nas instituições hospitalares, devido à demanda excessiva de atividades pela manhã, tais como, internações, coleta de exames laboratoriais, exames diagnósticos, visita média e previsões de alta hospitalar (Rocha e De Martino, 2010).

No presente estudo, o estado civil não interferiu sobre os níveis de estresse, nem o tempo de setor. Mas em análise correlacional entre estresse e idade, os profissionais que tinham de 20 a 40 obtiveram níveis de estresse superiores do que os indivíduos acima de 50 anos.

Neste aspecto, resultado similar foi encontrado em um estudo sobre condições de trabalho e presença de distúrbios psíquicos menores na equipe de Enfermagem, na constatação de maior prevalência de tais distúrbios entre os mais jovens. A explicação para tal fato poderia ser a experiência dos profissionais com mais idade e habilidades desenvolvidas para enfrentar as dificuldades do cotidiano, diminuindo as demandas psicológicas e aumentando o controle na execução do trabalho (Kirchhof, Magnago, Camponogara et al, 2009).

Segundo Santos (2010), sobre o estresse e a Síndrome de Burnout em enfermeiros em unidades de pronto-atendimento, verificou-se que 62,1% da amostra apresentaram frequência maior de alta exigência no trabalho, com alta demanda e baixo controle e

um indicativo da síndrome de burnout em 84,5%, sendo também a maioria mulheres entre 26 a 30 anos.

Diferentemente do que se poderia supor, entre os principais setores com níveis de estresse elevados estiveram alguns setores abertos de internação, como o 12º andar (70 pontos), 10º andar (50 pontos) e Pediatria (50 pontos); e depois os setores fechados como UTI Pediátrica (45 pontos) e UTI Adulto (45 pontos). Encontrou-se também estresse elevado no setor de Diagnósticos SADT (64,5 pontos).

Certamente a sobrecarga de trabalho tem correlação com o estresse e há um grau variado de estresse de acordo com os diferentes setores. No estudo sobre correlações entre estresse e qualidade do sono, observou-se maior escore de estresse e qualidade de sono ruim em uma Enfermaria Médico Cirúrgica do turno da manhã. E tal fato foi justificável, pois na unidade de internação Médico Cirúrgica avaliada, houve o agravante de que os pacientes exigiam cuidados de Enfermagem complexos, com infusões de medicações vasoativas e monitoramento constante de sinais vitais, tornando mais estressante o trabalho devido à grande demanda de atividades (Rocha e De Martino, 2010).

Por outro lado, no Centro de Terapia Intensiva (CTI), características intrínsecas à rotina de trabalho mais acelerada, com constante apreensão e situação de morte iminente podem exacerbar os estados de estresse.

Ao se realizar um levantamento dos fatores desencadeantes de estresse em UTI, realizado por Guerrer e Bianchi (2008), observou-se que o nível de estresse está relacionado ao tipo de atividade exercida, como enfermeiro assistencial ou como chefia. O cargo assistencial apresentou índices mais elevados de estresse para os domínios assistência de Enfermagem e coordenação da unidade. Os chefes e coordenadores apresentaram maiores índices para os domínios relacionamento, funcionamento da unidade e administração de pessoal. Os cargos de diretor, supervisor e gerente

apresentaram índices mais elevados para o domínio condições de trabalho. Os mais estressados foram os enfermeiros chefe, coordenador ou líder de equipe.

No presente estudo, na análise entre os níveis de estresse e presença de doenças auto referidas entre os sujeitos da pesquisa, obteve-se que a mediana foi de 49,5 pontos de estresse para os participantes com alguma morbidade e de 38 pontos para o grupo sem enfermidades pregressas relatadas. O número de indivíduos sem morbidades foi de 382 (78,93%) e com morbidades, de 102 pessoas, equivalente a 21,07% do total.

Segundo Elias e Navarro (2006), o trabalho em Enfermagem é intenso, desgastante e realizado por mulheres comprometidas e devotadas, que se privam muitas vezes do autocuidado em favor do outro, conduzindo tais profissionais ao adoecimento.

Os resultados da pesquisa mostraram ser comum a ocorrência de problemas de saúde orgânicos e psíquicos decorrentes principalmente do estresse e do desgaste provocado pelas condições laborais, sem que de fato, tais profissionais considerem estes problemas como enfermidades. Assim foi, que relatos de hipertensão, enxaquecas, desgaste físico, depressão, dores nas pernas, varizes e estresse foram expostos como se não fossem problemas de saúde pelos entrevistados.

Quanto às doenças de ordem psíquica, um estudo confirmou a associação positiva entre trabalho em alta exigência e distúrbios psíquicos menores. Trabalhadores de Enfermagem expostos a altas demandas psicológicas e baixo controle no trabalho apresentaram duas vezes chances maiores de ocorrência de tais distúrbios (Kirchhof, Magnago, Camponogara et al, 2009).

O trabalho em Enfermagem absorve o trabalhador tanto psíquica quanto fisicamente. Observa-se, em geral, intensa movimentação dos profissionais de Enfermagem no hospital ao longo de todo o turno de trabalho, com alta demanda de serviços e preocupação de execução das atividades a tempo. Some-se a esta realidade, a necessidade de mover ou levantar cargas pesadas, que

exigem esforço físico, atividades contínuas, rápidas em posições fisicamente incômodas e não ergonômicas. O trabalho de Enfermagem, por suas características, acaba por provocar lesões físicas relacionadas ao trabalho e maior atenção deve ser direcionada às posturas adotadas pelos trabalhadores na execução das atividades laborais e condições adequadas de trabalho, com disponibilização de instrumentos e equipamentos ergonomicamente idealizados para estes profissionais (Rosa, Garcia, Vedoato et al, 2008).

As principais morbidades relatadas entre os participantes que sofriam de alguma doença prévia foram as enfermidades músculo-esqueléticas, circulatórias, enfermidades respiratórias, otorrinolaringológicas, gastrointestinais, endocrinológicas, ginecológicas, psiquiátricas, oncológicas e dermatológicas. E dentro das enfermidades músculo-esqueléticas foram citadas: Lombalgia, Síndrome miofascial crônica, Hérnia de disco, Artrose de Joelho, Condromalácia na Patela, Espondilite e Tendinite crônica.

Tais relatos evidenciam a importância de se buscar soluções que possam minimizar a ocorrência de doenças laborais como Lesões por esforços repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), que implicam em inúmeros afastamentos do trabalho, que podem evoluir para incapacitação parcial ou permanente, com aposentadoria por invalidez (Rosa, Garcia, Vedoato et al, 2008).

Quanto aos sintomas da Lista de Sintomas de Stress, entre os que obtiveram maiores somatórias encontraram-se sintomas físicos como sentir-se desgastado ao final do dia e sentir cansaço, como mais prevalentes. Sintomas psicológicos como sentir preocupações, esgotamento emocional também receberam pontuações maiores.

A média de meses trabalhados no setor atual foi de 45,53 meses para os indivíduos sem morbidades e de 72,84 meses para os indivíduos com morbidades prévias relatadas. A análise estatística permitiu observar que as pessoas que trabalham há mais tempo no setor apresentam a maior incidência de morbidades.

O viés encontrado no presente estudo é que não houve participação de todos os setores de forma homogênea e em alguns andares, extremamente sobrecarregados e com grande fluxo de atividades, houve pouca aderência à pesquisa. Os setores mais representativos quanto ao número de participantes foram: 10º andar (100%), 2º andar (92%), PS Infantil (90,60%), 5º andar (87,87%) e Térreo (84%).

Em resumo, nessa fase identificou-se que os profissionais mais estressados foram os do sexo feminino, do cargo de enfermeiras, do turno da manhã ou com plantão variável, profissionais em postos de chefia, encarregadas de setores e que apresentavam alguma enfermidade crônica. Tais resultados sugerem que um cuidado especial se deve ter com este perfil de profissionais em hospitais e que estratégias para melhorar o enfrentamento de situações estressantes sejam discutidas e desenvolvidas.

Com efeito, o desgaste e o estresse que é vivenciado pelo trabalhador em Enfermagem merecem ser foco de atenção, para que se possa reorientar sua prática profissional em uma perspectiva de transformação do seu processo de trabalho, a fim de minimizar o impacto negativo sobre sua vida psíquica e física, buscando respeitar o direito de viver e trabalhar em segurança e em condições sociais dignas (Cavalcante, Enders, Menezes et al, 2006).

7.2 ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO: DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DA AURICULOTERAPIA PARA REDUÇÃO DE ESTRESSE (LSS E ISSL) E MELHORIA DE QUALIDADE DE VIDA

As respostas encontradas neste estudo demonstraram que a auriculoterapia com protocolo e sem protocolo foram eficazes para a diminuição dos níveis de estresse segundo a Lista de Sintomas de

Stress de Vasconcellos e segundo o Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL). Segundo a LSS, os melhores resultados foram encontrados no grupo sem protocolo comparativamente ao protocolo quanto ao tamanho de efeito e aos percentuais de mudança. Tais diferenças percentuais, porém, não foram suficientes para em 12 sessões, duas vezes por semana, em seis semanas, produzirem resultados distintos estatisticamente entre os grupos de intervenção. Pode-se afirmar, portanto, que o protocolo de pontos auriculares proposto para redução de níveis de estresse foi eficaz segundo a LSS e os pontos Rim, Shenmen, Tronco Cerebral em tonificação e Yang do Fígado 1 e 2 em sedação foram acertados para produzir resultados positivos.

A pesquisa preliminar que motivou a realização do presente estudo foi realizada em um Hospital Universitário e 75 profissionais de Enfermagem foram randomizados em três grupos (controle sem intervenção, grupo agulha e grupo semente). Foi utilizado o protocolo de 3 pontos auriculares(Rim, Tronco Cerebral e Shenmen) e constatou-se que houve diferença estatística significativa na análise intergrupos entre o controle e o grupo agulha. O grupo semente não conseguiu a mesma eficácia. Foram encontrados escores de estresse no *baseline* de 54,36 para o grupo controle, 66,82 para o grupo agulha e 63,27 para o grupo semente (Kurebayashi, Gnatta, Borges et al, 2012a).

Os níveis de estresse observados no atual estudo no Hospital Samaritano foram similares a esses. No *baseline* os escores de estresse foram de 57,76 para o grupo controle, 62,26 para o grupo protocolo e 64,83 para o grupo sem protocolo.

No primeiro estudo do Hospital Universitário, em 44 sujeitos (58,7%) com níveis médios de estresse, não foi encontrada diferença estatística significativa no pós-tratamento de auriculoterapia seja com agulha ou semente. Porém, 31 sujeitos (41,3%) com estresse alto obtiveram diferença estatística após 8 sessões de auriculoterapia para o grupo agulha com manutenção

dos resultados no *follow-up* de 15 dias (Kurebayashi, Gnatta, Borges et al, 2012a).

Resultados superiores foram encontrados no presente estudo para os 99 sujeitos com níveis de estresse médio. Houve redução de estresse para os grupos protocolo e sem protocolo, com diferença estatística significativa entre os grupos controle e intervenção ($p < 0,01$) após o tratamento e no *follow-up* de 30 dias.

Considerando-se o protocolo de pontos utilizado no primeiro estudo (Rim, Tronco Cerebral e Shenmen), tais pontos parecem ter sido eficazes para o agrupamento com níveis de estresse alto e apenas no grupo que se utilizou de agulha semipermanente para a estimulação dos pontos. Desta forma, obteve-se após 8 sessões de auriculoterapia com agulha, uma sessão por semana, 21% de redução dos níveis de estresse para os sujeitos com níveis de estresse alto no HU e um índice de efeito de 1,13 (Efeito muito grande).

No presente estudo alcançou-se após 12 sessões de tratamento com o protocolo de 5 pontos, duas vezes por semana, um percentual de 37% de redução dos níveis de estresse e um índice d de Cohen de 1,36, correspondente a “Efeito muito grande”.

Considerando-se os dados relacionados aos sujeitos com estresse alto, os percentuais de redução de estresse foram ainda superiores para o grupo sem protocolo (44%) com manutenção da redução no *follow-up* de 37%. Os pontos mais utilizados neste grupo findaram por serem os mesmos pontos (Rim, Tronco Cerebral, Shenmen, Yang do Fígado 1 e 2) com acréscimo de pontos para dor local (cervical, lombar), pontos para equilibrar meridianos (Estômago, Baço, Fígado, Pulmão) e pontos com ação sistêmica geral, como Endócrino e Ápice. O tamanho de efeito para o grupo sem protocolo foi de 1,95, correspondente a “Enorme efeito”, tendo sido ainda superior no *follow-up*, com 2,59 de índice d de Cohen.

Ao final, ao comparar os dois ensaios clínicos, obteve-se que o grupo protocolo do atual estudo conseguiu reduzir significativamente os níveis de estresse dos sujeitos com o protocolo de cinco pontos, que se mostrou mais eficaz do que o protocolo de três pontos do estudo do Hospital Universitário (Kurebayashi, Gnatta, Borges et al, 2012a). E, quanto ao grupo sem protocolo do presente estudo, os principais cinco pontos mais utilizados acabaram por serem os mesmos do grupo protocolo, mas que se substituídos por outros pontos segundo o desenvolvimento do tratamento puderam ampliar o alcance da técnica.

Mesmo assim, a melhora do grupo sem protocolo não foi o bastante para configurar diferença estatística com o grupo protocolo. Questionou-se, entre outras coisas, se apenas seis semanas de tratamento teriam sido suficientes para determinar diferenças entre os resultados dos dois grupos de intervenção.

Para que se pudesse compreender a complexidade do assunto, foi feito um levantamento de pesquisas em auriculoterapia para tratamento de condições psicológicas como ansiedade e estresse nos últimos anos e foram encontradas algumas referências.

Foram encontrados estudos de auriculoterapia para avaliação de redução de ansiedade pré-operatória com apenas uma única sessão. Foi testado o ponto relaxamento comparado ao grupo Shenmen e a um grupo Sham (Wang, Peloquin, Kain, 2001). Outro estudo avaliou o mesmo ponto relaxamento em acupressura, em uma única sessão, para diminuição de ansiedade e estresse em pacientes com problemas gastrintestinais no transporte pré-hospitalar (Kober, Scheck, Schubert et al, 2003). A acupuntura auricular também foi utilizada para controlar a ansiedade aguda em extração dentária. Foi feita uma única sessão comparando-se a auriculoterapia com a medicação intranasal midazolam, a acupuntura placebo e um grupo controle sem tratamento (Karst, Winterhalter, Münte et al, 2007).

Para estresse foram encontrados alguns estudos, cujo número de sessões variou de sete a oito sessões, uma vez por semana. Um ensaio clínico foi realizado para diminuição de níveis de ansiedade e estresse em estudantes universitários e foram utilizados dois pontos auriculares (Shenmen e Tronco Cerebral), uma vez por semana, por sete semanas, com sementes de mostarda (Nakai, 2007). Outro estudo demonstrou a eficácia da auriculoterapia em oito sessões com os mesmos pontos do protocolo anterior (Shenmen e Tronco Cerebral) com agulha semipermanente em 41 sujeitos pertencentes à equipe de Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva de um hospital particular em São Paulo (Giaponesi, Leão, 2009).

Um ensaio clínico randomizado simples-cego foi realizado com 71 estudantes de Enfermagem para avaliar a eficácia dos pontos auriculares (Tronco Cerebral e Shenmen) para redução de estresse e ansiedade. Foram utilizadas oito sessões, uma vez por semana com agulha semipermanente (Do Prado, Kurebayashi, Silva, 2012b).

Finalmente, realizou-se o ensaio clínico randomizado de auriculoterapia no HU já citado anteriormente, com oito sessões de auriculoterapia, uma vez por semana (Kurebayashi, Gnatta, Pavarini et al, 2012a).

Conforme os estudos apresentados, o tempo pode variar na conformidade da proposta do ensaio clínico e no presente estudo foram propostas 12 sessões de auriculoterapia em seis semanas. Não é possível afirmar, porém, se a melhora percentual superior do grupo sem protocolo poderia alcançar uma diferença estatística, se o tempo de tratamento tivesse sido maior.

Na análise por subgrupos observou-se que o grupo protocolo não conseguiu reduzir os níveis de estresse de pessoas com morbidades prévias auto referidas. Somente o grupo sem protocolo obteve eficácia nestes indivíduos, pois teve a liberdade de tratar os sintomas no decorrer do tratamento. O grupo protocolo não podia

cobrir outra condição que não fosse o estresse e algumas desarmonias associadas aos pontos do protocolo, sendo bastante eficaz especialmente em pessoas saudáveis, sem prévias morbidades. Quanto ao *follow-up* de 30 dias, na análise do efeito residual positivo da auriculoterapia, o perfil de sujeitos que melhor conseguiu a manutenção desta melhoria foi para aqueles sujeitos que não apresentaram morbidades crônicas. Os que apresentaram morbidades não conseguiram sustentar a melhoria obtida no pós-tratamento.

Quanto a isso, também não existe consenso na literatura sobre quantas sessões seriam necessárias para se obter o melhor resultado de terapias como acupuntura e auriculoterapia em doenças crônicas (Lao, Ezzo, Berman et al, 2005). Para Diaz Ontivero (2006), a auriculoterapia pode ser uma técnica coadjuvante para o tratamento de enfermidades crônicas e para tratamentos que considerou como mais longos, de 4 a 6 semanas.

De acordo com Stux e Birch (2005), em se tratando de pesquisa em acupuntura e auriculoterapia, algumas decisões precisam ser tomadas para selecionar o melhor tratamento, tendo em vista as seguintes questões: (1) quais são os pontos mais apropriados para o tratamento de um paciente; (2) qual o número ideal de pontos, o número ideal de sessões, a frequência ideal do tratamento; (3) que técnicas de tratamento devem ser aplicadas em cada ponto selecionado e que instrumentos seriam os melhores; (4) a acupuntura seria utilizada sozinha ou como terapia complementar padrão; (5) quem deve aplicar o tratamento; (6) quais são as exigências em termos de treinamento dessa pessoa.

Quando se trata de prática complementar, quem aplica o tratamento, o conhecimento técnico e a experiência do terapeuta parecem influir sobre a eficácia do tratamento e o alcance da técnica. Nesta linha de raciocínio, foi realizado um ensaio clínico randomizado que buscou avaliar a eficácia da auriculoterapia com agulhas semipermanentes na redução de níveis de estresse quando

realizada por terapeutas com diferentes níveis de experiência. Tal estudo evidenciou que a auriculoterapia realizada por terapeutas mais experientes conseguiu reduzir o estresse comparativamente ao grupo de terapeutas menos experientes após oito sessões de auriculoterapia. Assim, o terapeuta de auriculoterapia, acupuntura e outras práticas complementares parece ser parte integrante da técnica, dada sua individualidade, cultura, experiência, intencionalidade, comunicabilidade e, finalmente, habilidade técnica (Kurebayashi, Gnatta, Borges et al, 2012c).

No atual estudo, tomou-se o cuidado de se escolher terapeutas com formação similar, com uma mesma técnica de auriculoterapia para minimizar o viés relativo à formação do acupunturista, tendo em vista as múltiplas cartografias e diferentes formas de se praticar a auriculoterapia. Os acupunturistas eram todos da área da saúde, seis enfermeiros e uma psicológica. Orientou-se também que se oferecesse a todos os sujeitos da pesquisa a mesma abordagem, utilizando-se os mesmos questionários, o mesmo número de sessões, o mesmo número de pontos, de forma a cegar o sujeito, embora não tenha sido possível cegar o aplicador.

O presente estudo procurou aproximar a pesquisa clínica da prática clínica, sem descaracterizar e desconfigurar a auriculoterapia chinesa e seus preceitos teóricos, de forma que os resultados obtidos pudessem refletir minimamente as condições em que essas terapêuticas geralmente são realizadas. Segundo Birch e Felt (2002a), há grande complexidade de se realizar um tratamento em Medicina Chinesa, com as múltiplas possibilidades diagnósticas de desequilíbrios energéticos e os aspectos individuais de cada paciente que precisam ser atentamente observados na prática clínica diária. Esta realidade por vezes conflita com a pesquisa clínica que preconiza como fundamental a utilização de protocolos fechados em ensaios clínicos controlados e randomizados.

A pesquisa buscou comparar, portanto, ambas as perspectivas. Em primeiro lugar, observando as determinações científicas de uma boa prática clínica segundo as regras e padrões estabelecidos para os estudos clínicos com seres humanos (Agência Europeia para Avaliação de Produtos Medicinais/EMA, 1997) e obedecendo às recomendações do *Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture* (STRICTA), desenvolvido e adaptado para a acupuntura a partir do CONSORT *checklist* (MacPherson, Altaman, Hammerschlag et al, 2010). E em segundo lugar, avaliar os resultados mantendo-se a liberdade de escolher os pontos a partir da avaliação dos sintomas, mesmo que pudessem ser os mesmos do protocolo de estresse previamente definidos, à semelhança da prática clínica realizada cotidianamente.

Para buscar minimizar a distância entre a pesquisa clínica e a prática clínica em MTC, algumas sugestões têm sido discutidas pelos estudiosos. Desde a organização de um ensaio com protocolos adaptáveis no decorrer da pesquisa, à realização de duplas triagens, observando-se os critérios estabelecidos pelos diagnósticos de Medicina Ocidental (MO) e de Medicina Chinesa. Esta triagem seria feita antes da randomização de forma a separar as pessoas com uma dada morbididade segundo a MO em padrões energéticos distintos segundo a MTC. Assim, o protocolo de pontos poderia ser projetado para o tratamento destes padrões de desequilíbrio (Lao, Ezzo, Berman et al, 2005).

Como se sabe, outras terapêuticas têm sido utilizadas para o controle de estresse, tais como a terapia cognitivo-comportamental, programas de meditação, orientações para mudança de estilo de vida como cessação de fumo, cuidados com a nutrição, exercícios físicos e controle de pressão arterial. O controle do estresse pode envolver uma variedade de técnicas e procedimentos cujo objetivo seria o de ajudar os trabalhadores a lidarem melhor com o estresse e seus sintomas. Seriam aconselháveis orientações sobre relaxamento como *biofeedback*, relaxamento progressivo dos

músculos e treinamento de habilidades cognitivo-comportamentais (Hurrell Jr, Steven, 2011).

As práticas meditativas para redução de estresse têm sido muito pesquisadas e foi realizada uma metanálise sobre os ensaios clínicos que cobriu um amplo espectro de sujeitos com morbidades (com dor, câncer, cardiopatia, depressão, ansiedade etc.) e estresse. A intervenção proposta foi um programa coletivo de meditação que alivia o sofrimento associado com desordens físicas, psicossomáticas e psiquiátricas. A técnica conseguiu um tamanho de efeito para redução de sintomas físicos de $d=0,42$ em 566 sujeitos em nove diferentes estudos ($p<0,0001$). Também encontrou um tamanho de efeito de $d=0,50$ para 18 estudos com 894 sujeitos ($p<0,0001$) para os sintomas psicológicos (Grossman, Niemann, Schmidt et al, 2004).

Neste trabalho, como já antes citado, o índice d de Cohen ou tamanho do efeito para a auriculoterapia sem protocolo foi de 1,95, correspondente a “Grande redução” para os sujeitos com estresse alto (LSS) e de 1,21 (Efeito muito grande) para os sujeitos com estresse médio (LSS). Quanto ao ISSL, para os sujeitos na Fase de Resistência, para o domínio físico o d de Cohen foi de 1,34 (Enorme efeito) e no domínio psicológico o índice foi de 1,04, correspondente a “Grande efeito”.

Outro estudo foi realizado para avaliar a eficácia e a aceitabilidade da acupuntura para tratar o Transtorno de Estresse Pós-traumático. Os sujeitos foram divididos em três grupos randomizados (acupuntura, terapia cognitivo-comportamental e controle/lista de espera). Ambos os grupos de intervenção conseguiram diferença estatística entre o pré e o pós-atendimento, com a acupuntura alcançando um tamanho de efeito de $d=1,29$, similar ao grupo da terapia cognitivo-comportamental ($d=1,42$). A redução dos sintomas se manteve no *follow-up* de 3 meses para ambas as intervenções (Hollifield, Sinclair-Lian, Warner et al, 2007).

Finalmente, sugere-se que mais estudos sejam realizados no futuro, com um tempo maior para o tratamento e para o *follow-up*, para que os efeitos residuais mais duradouros da auriculoterapia individualizada possam ser cuidadosamente avaliados.

Estudos longitudinais e epidemiológicos fazem-se necessários para avaliar o quanto a acupuntura e auriculoterapia podem atuar sobre o estresse quando há morbidade crônica associada. Pois, quanto maior a cronicidade de uma enfermidade, maior o tempo de tratamento necessário para se obter resultados positivos e permanentes (Wang, 2001).

Na análise dos sintomas de estresse que melhor responderam ao tratamento de auriculoterapia e os diagnósticos de MTC relacionados, sete foram os principais padrões de desequilíbrio encontrados entre 175 profissionais, segundo a Ficha Diagnóstica de MTC utilizada no início do estudo, a saber: Estagnação de Qi e Xue nos meridianos tendino-musculares das costas; Calor de Estômago; Subida de Yang do Fígado; Estagnação de Qi do Fígado; Distúrbio de Shen; Deficiência de Yin do Rim e Deficiência de Qi e Xue do Baço-Pâncreas.

De todos os Diagnósticos de MTC previamente escolhidos para o quadro de estresse e explanados na introdução do presente estudo, não foi estabelecido somente o diagnóstico de Estagnação de Qi e Xue nos meridianos tendino-musculares. Na LSS, porém, *dor nas costas* é um dos sintomas que faz parte da listagem de estresse, sugerindo que pode haver uma inter-relação entre dor músculo-esquelética e estresse.

A dor é referenciada como uma experiência tanto física quanto psicossocial (Chaves, Leão, 2004), podendo ser reconhecida como um importante fator gerador de estresse, pois indivíduos vulneráveis em situações de estresse podem desenvolver a dor como possível resposta (Figueiró, 2003).

Da amostra de 175 pessoas, 109 delas sofriam de alguma dor, seja ela cervical, torácica ou lombar, o que torna este sintoma de

grande relevância para a discussão sobre o estresse e as possíveis relações entre a dor, o estresse e se a auriculoterapia como um tratamento consegue diminuir os níveis de dor e de estresse. Este sintoma não aparece no Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL) para as Fases de Resistência e Exaustão. Na Fase de Alerta existe um sintoma similar que é a tensão muscular, mas não necessariamente definido como dor.

Estudos sobre dor músculo-esquelética na equipe de Enfermagem têm sido realizados em função do impacto que este problema tem sobre estes profissionais. Neste sentido, foi realizado um estudo entre 105 auxiliares e técnicas de Enfermagem sobre a prevalência da dor músculo-esquelética na equipe de Enfermagem. Eles trabalhavam em unidades de internação de um hospital com pacientes com alto grau de dependência física e 93% referiram algum sintoma osteomuscular com 59% para região lombar, 40% (ombro), joelhos (33,3%), cervical (28,6%) (Gurgueira, Alexandre, Corrêa, 2003).

Em revisão de 1996 a 2005, sobre artigos científicos nacionais que investigaram os distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de Enfermagem, as condições inapropriadas de trabalho foram identificadas pelos autores como fatores de risco para este tipo de distúrbio. Os autores discutiram não só a necessidade de aprofundar métodos de investigação de tais distúrbios, tanto quanto de repensar a organização desse trabalho (Magnago, Lisboa, Souza, Moreira, 2007).

Como a dor crônica pode levar um indivíduo a sofrer de problemas diversos como perturbações do sono, alterações no apetite, diminuição de libido, irritabilidade, menor concentração e restrições para a realização de atividades em casa, no trabalho e sociais, a dor finda por atingir também aspectos psicológicos, cognitivos, comportamentais e culturais da pessoa que sofre com ela (Pereira, Tramunt, Dal Ponte et al, 2007).

Quanto ao uso de auriculoterapia, em levantamento para o ano de 2010, estudos bem delineados foram encontrados no PUBMED com o descritor *auriculotherapy* e a grande maioria destes estudos trabalhou exatamente com o controle da dor.

Uma revisão sistemática e metanálise para auriculoterapia em controle de dor foi realizada pela equipe de profissionais do Departamento de Medicina Familiar, na Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos, no ano de 2008. Foram incluídos 17 ensaios clínicos na língua inglesa, oito para perioperatório, quatro para dor aguda e cinco para dor crônica, que utilizaram auriculoterapia sham, placebo, controle ou medicação de uso para dor. Constatou-se, nesta revisão, que o grupo de intervenção de auriculoterapia foi superior ao controle, ao se avaliar a intensidade de dor. Para a dor no período perioperatório, a auriculoterapia reduziu a necessidade do uso de analgésicos. Para dor aguda e crônica, a auriculoterapia reduziu a intensidade de dor. Concluiu-se, assim, que a auriculoterapia pode ser eficaz para o tratamento de vários tipos de dor, especialmente a dor pós-operatória (Asher, Jonas, Coeytaux et al, 2010).

Outro estudo foi feito sobre os efeitos da acupressura para redução de dor em pacientes após cirurgia de coluna lombar, realizado em Taiwan, pelo *National Taipei College of Nursing*. A auriculopressura em seis pontos foi utilizada conjuntamente com a medicação no pós-operatório e o objetivo foi avaliar a auriculoterapia como adjuvante para dor e incidência de náusea e vômito pós-operatório (Yeh, Tsou, Lee et al, 2010).

Pesquisa foi realizada pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Turim, na Itália, sobre a acupuntura auricular em enxaqueca unilateral e foram utilizados os principais pontos reativos positivos para o controle e redução de enxaqueca com aura. Foram testados com o *needle contact test* (NCT), que é um diagnóstico técnico usual para identificar, a partir do contato da

agulha com a pele da orelha, o ponto mais eficaz para aquela finalidade. Encontraram-se alguns *tender points* de dor e eles foram localizados na parte anterior e interna do antitrigo, na parte anterior do lóbulo e na parte superior da concha do mesmo lado da dor (Allais, Romoli, Castagnoli et al , 2010).

Estas pesquisas demonstram o interesse que a auriculoterapia tem trazido aos estudiosos sobre sua eficácia no controle de muitos sintomas e, em especial, no controle e melhoria da dor, que no presente estudo foi designado como Estagnação de Qi e Xue nos Meridianos Tendino-Musculares das costas.

Para melhor esclarecimento sobre o que seria este diagnóstico segundo a MTC, algumas considerações podem ser realizadas. Os meridianos tendino-musculares são ramificações secundárias dos meridianos principais, distintos em funções, trajetos e profundidades. São exatamente as áreas externas do corpo, as regiões por onde percorrem tais meridianos, tendo trajetos semelhantes aos principais, porém com uma direção de circulação diferente, pois todos se iniciam na extremidade e terminam em direção à cabeça. Tais meridianos não penetram ao nível de órgãos e vísceras, como os meridianos principais e se acumulam em articulações e ossos. Suas principais funções seriam os de distribuir Qi e Xue aos músculos, controlar e conter os ossos, mantendo a mobilidade; proteger contra energias perversas, chegando a atuar ao nível da fáscia muscular. São diversos os meridianos tendino-musculares (Maciocia, 2007).

Os principais sintomas são: dores de origem músculo-esquelética referentes aos meridianos tendino-musculares da bexiga, intestino delgado, intestino grosso e vesícula biliar, com manifestações clínicas relacionadas às dores lombares, torácicas e cervicais. O princípio de tratamento foi o de circular o Qi e o Xue pelos meridianos tendino-musculares e o tratamento proposto foi a

utilização de pontos auriculares relativos às áreas dolorosas, tais como, ponto da cervical, lombar, ombro ou torácica.

Outro importante meridiano que pode afetar a livre circulação de Qi pelo corpo e também pelos músculos e tendões é o meridiano do Fígado. Qualquer estagnação de Qi tem início no meridiano do Fígado e quando não há fluidez no Qi do Fígado, haverá alterações do Qi que percorre outros meridianos, afetando também os meridianos tendino-musculares, provocando dores e distensões (Maciocia, 2010).

Muitos dos sintomas de estagnação de Fígado acabam por incluir outros sistemas, como o digestório (náusea, vômito, dor no epigástrico, anorexia, regurgitação ácida, eructação, queimação no estômago, diarreia etc) e também o tórax, justificáveis pela Lei dos Cinco Elementos. Quando há estagnação do Qi do Fígado (quadro de excesso energético) haverá uma dominância excessiva sobre o elemento Terra, atingindo os meridianos do estômago ou do baço pâncreas, provocando também estagnações ou deficiências. Pela lei da geração, a estagnação do Fígado pode gerar estagnações nos meridianos do Fogo, do Coração e do Intestino Delgado (Hicks, Hicks, Mole, 2011).

Segundo critérios diagnósticos da medicina chinesa, sintomas de estresse como irritabilidade, cefaléia, nervosismo, insônia, pesadelos, lacrimejamento, embaçamento dos olhos, dores nas articulações e músculos, bruxismo podem estar relacionados com a síndrome (Zheng) do meridiano do Fígado e Vesícula Biliar. Palpitação, ansiedade, insônia, aumento da pressão arterial, opressão torácica, esquecimento e confusão mental, entre outros, são sintomas relacionados com os meridianos do Coração e Pericárdio. Cansaço, fadiga, desânimo, dores nas costas e lombar são relativos aos meridianos dos Rins e da Bexiga. Fome e sede excessiva, problemas digestivos, inapetência, glicose aumentada no sangue, anemia, sono não reparador, diarreias, pensamentos fixos e

repetitivos são sintomas de desequilíbrio dos meridianos do Baço-Pâncreas e do Estômago (Hicks, Hicks, Mole, 2011).

Quanto aos demais diagnósticos encontrados: Calor de estômago, Subida de Yang do Fígado, Estagnação de Qi do Fígado, Deficiência de Yin do Rim, Deficiência de Qi e Xue do BP, estes já foram extensamente explicados, mas é importante comentar com maior cuidado o diagnóstico de Distúrbio de Shen.

Para a Medicina chinesa, o conjunto de funções psíquicas espirituais corresponde à definição geral de *Shen*, entendido como Espírito ou Consciência. Desta forma, Espírito ou Consciência é o princípio vital do homem, uma qualidade não mensurável, porém perceptível que provém do todo. Por outro lado, *Shen* também indica atividade do pensamento, consciência e memória, traduzida como Mente, e dependente das funções específicas do Xin (Coração). *Shen* indica naquele primeiro sentido mais amplo, o complexo de todos os cinco aspectos mentais e espirituais do ser humano: Alma Etérea - *Hun* (Gan/Fígado), Alma Corpórea - *Po* (Fei/Pulmão), Inteligência - *Yi* (Pi/ Baço Pâncreas), Força de Vontade - *Zhi* (Shen/Rim) e Mente - *Shen* (Xin/ Coração) (Maciocia, 2007).

Cabe, porém, observar que a palavra “Shen” pode expressar idéias diferentes. Podemos encontrar também *Shen*, no sentido de Rins; mas o diagnóstico que foi utilizado no presente estudo foi de *Shen* no sentido de Mente, aquela que está limitada à consciência humana, do estado vigil, governada pelo Xin (coração).

As manifestações clínicas de distúrbio de Shen a partir dos sintomas encontrados no presente estudo foram: alterações de humor, distúrbios de sono, crises de ansiedade e medo, angústia, depressão, esquecimento, preocupação excessiva e até falta de força de vontade e vigor. O princípio de tratamento foi harmonizar o Shen e o tratamento proposto foi utilizar o ponto Shenmen em tonificação.

Ao serem levantados os principais pontos utilizados pelo grupo protocolo e pelo grupo sem protocolo, observou-se que, os

pontos Shenmen, Rim, Tronco Cerebral e Yang do Fígado 1 e 2, com exceção do ponto do Estômago, foram os pontos mais utilizados por ambos os agrupamentos. Os outros pontos Estômago, Baço, Fígado, Endócrino, Pulmão, ápice foram utilizados para cobrir os diagnósticos relativos aos meridianos de Estômago (calor), Baço (deficiência de Qi e Xue), deficiência de Yin do Fígado, problemas endócrinos (problemas hormonais, diabetes etc), respiratórios (deficiência de Qi ou Yin do Pulmão) e para controle de pressão arterial (sangria do ápice) ou como substituto dos pontos de sedação do Yang do Fígado 1 ou 2. Os pontos cervical, lombar e região torácica e ombro foram utilizados para tratar dores localizadas nas costas (Figura 15).

Figura 15 - Percentual e localização dos principais pontos do Grupo sem Protocolo. São Paulo, 2012.

Fonte: Mapa organizado pela autora.

Alguns pontos utilizados no presente estudo também foram citados como prevalentes em pesquisa realizada por Romoli (2010b) em um grupo de 50 pacientes com um ou mais sintomas de estresse (Kellner's Symptom Rating Test). Ele conseguiu constatar algumas áreas responsivas à pressão e que conforme foram tratados, após a terceira sessão, conseguiram reduzir a sensibilidade nos pontos e os sintomas de estresse. O autor ponderou que, somente após um dado tempo de tratamento ocorrem respostas de regulação do

sistema imune e endócrino. Segundo a Figura 16, as áreas mais recorrentes foram a do sistema endócrino e região de triplo aquecedor (44,9%), o ponto suprarenal (externo) e na área interna do trago, o ponto do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) de Nogier (16,3%) e em terceiro lugar, a área do baço ou próxima ao coração, com 8,8% de incidência. Esta última área corresponde ao gânglio simpático cervical superior de Bourdiol (Romoli, 2010b).

Figura 16 - Áreas responsivas ao estresse em 50 pacientes com, pelo menos, um sintoma de possível origem psicossomática de acordo com Romoli(2010b)

Fonte: Adaptado de Romoli M. Auricular acupuncture diagnosis. Elsevier; 2010b.p.126.

Os resultados mostraram que seria possível definir um protocolo adaptável para estresse segundo os diferentes diagnósticos de MTC encontrados, tendo como base os 5 principais pontos do protocolo. Desta forma, os cinco pontos seriam associados à sedação do ponto do Estômago, na presença de calor de Estômago; de tonificação de Baço, na deficiência de Qi e Xue do BP; pontos locais de dor para estagnação de Qi e Xue dos meridianos tendino-musculares; ponto de Pulmão, na deficiência de Qi e Yin do P; tonificação de Fígado, na deficiência de Xue e yin do

Fígado; sedação de útero, na estagnação de Qi e Xue do útero nas mulheres etc.

No presente ensaio clínico, para o instrumento SF36v2, em 175 profissionais de Enfermagem, obteve-se para o domínio físico, no *baseline*, o escore de 47,13 e para o domínio mental, um total de 39,12, isto é, ambos abaixo do t-score da população norte-americana que considera 50 o escore médio.

Ao observarmos os quatro fatores constituintes de cada um destes dois domínios encontrou-se que os piores escores obtidos no domínio físico foram para Dor (50,92) e o melhor para Capacidade Funcional (73,80). Para o domínio mental, o pior escore foi para o fator Vitalidade (46,41) e o melhor para Aspecto emocional (68,50).

O escore médio geral utilizado na nova versão do SF36 é o de 50 com um desvio padrão de 10, segundo o modelo baseado no T-score para adultos, que está relacionado aos t-scores da população geral norte-americana. Tal método consiste na transformação simples dos escores da escala de SF36 que os tornam mais facilmente interpretáveis em relação a um t-score de uma dada população. Portanto, todos os escores abaixo de 50 podem ser interpretados como abaixo da média da população, bem como acima de 50, como acima da população mediana dos Estados Unidos (Saris-Baglama, Dewey, Chisholm et al, 2010).

Os questionários da primeira versão do SF36 tomavam por base o escore de 0 a 100. Em estudo realizado em 2008, sobre a qualidade de vida de 60 profissionais de Enfermagem de um hospital-escola do interior de São Paulo, os resultados mostraram que o aspecto Vitalidade, relacionado à energia física e fadiga é que apresentou o escore mais baixo, em torno de 63 pontos, considerando-se o máximo de 100. O melhor escore obtido para esta amostra de profissionais foi o domínio Capacidade Funcional, que ao se considerar o escore máximo de 100, chegou próximo desta pontuação (Fonseca, Pecorari, Cury et al, 2008). O mesmo se observou no presente estudo quanto aos aspectos Vitalidade e

Capacidade Funcional, o que indica que a Fadiga, o Cansaço tem sido uma queixa constante deste profissional da saúde.

Em outro estudo sobre condições de trabalho associadas à qualidade de vida, realizado com 696 profissionais de Enfermagem em Hospital universitário em São Paulo, os resultados mostraram que os fatores com piores escores foram Vitalidade, Dor e Saúde Mental. Os aspectos relacionados à Saúde mental foram os que mais sofreram influência de fatores psicossociais do trabalho (Silva, Souza, Borges et al, 2010). Novamente pode-se observar que Vitalidade não obteve escores considerados ideais e, neste estudo, a Dor e a Saúde Mental também obtiveram escores baixos.

Pesquisas têm sido realizadas quanto aos problemas laborais vivenciados pelos profissionais de Enfermagem, especialmente as dores de origem músculo-esquelética (Rosa, Garcia, Vedoato et al, 2008; Leite, Silva, Merighi, 2007), os níveis de estresse que interferem sobre a Saúde Mental de tais profissionais (Rocha e De Martino, 2010; Coelho Neto e Garbaccio, 2008; Fernandes, Medeiros, Ribeiro, 2008; Rodrigues e Chaves, 2008; Guerrer e Bianchi, 2008; Montanholi, Silva, Melo, 2006; Camelo e Angerami, 2006; Murofuse, Abranches, Napoleão, 2005) e o como tais fatores interferem sobre a percepção da qualidade de vida do trabalhador de Enfermagem (Silva, Souza, Borges et al, 2010; Fonseca Pecorari).

O SF36 foi utilizado para avaliar a percepção que o trabalhador tem de sua própria qualidade de vida em estudo com equipe de Enfermagem de um Centro Cirúrgico em Hospital escola de grande porte, no interior de São Paulo. Trinta e três trabalhadores com dupla jornada de trabalho foram avaliados e, embora os escores se aproximassem de um melhor estado de saúde, os fatores Dor, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspecto físico e Saúde mental apresentaram-se prejudicados em alguns trabalhadores. Estar saudável ou ter qualidade de vida está associado à satisfação de necessidades humanas básicas e o trabalho é um elemento fundamental na análise da saúde. Se o trabalho é realizado dentro

de condições laborais saudáveis e menos penosas, promove sensação de bem-estar e, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida dos trabalhadores. Os autores justificaram que os aspectos físicos e mentais destes profissionais foram alterados em função do desgaste físico e mental diário a que estão submetidos tais trabalhadores, tanto em atividades laborais como levantamento de objetos, trabalho em pé, andar longos percursos, correr, subir e descer escadas etc, quanto em atividades domésticas, pois grande parte dos profissionais de Enfermagem eram do sexo feminino (Oler, Jesus, Barboza, Domingos, 2005).

Desta forma, propostas que auxiliem na minimização da ocorrência de altos níveis de estresse e problemas laborais precisam ser estruturadas para que os trabalhadores tenham maiores oportunidades quanto ao auto-cuidado e à prevenção de doenças relacionadas ao trabalho (Montanholi, Tavares, Oliveira, 2006).

Na análise intergrupos, pela ANOVA de medidas repetidas, no domínio geral físico, o tratamento proposto no presente estudo conseguiu produzir resultados estatísticos significativos segundo o SF36v2, quando comparadas as diferenças entre o momento 3-1 (*follow-up/baseline*) para o grupo sem protocolo e controle. Tal resultado era esperado porque o grupo sem protocolo teve a “liberdade” de tratar sintomas como dor músculo-esquelética, tendo sido atribuído a estes sintomas diagnósticos específicos de MTC.

Na análise dentro de cada grupo, de cada um dos quatro aspectos constituintes do domínio físico, os aspectos que melhor responderam à auriculoterapia, tanto protocolar quanto sem protocolo, foram para Capacidade funcional, a Dor e o Estado Geral de Saúde.

Quanto ao domínio mental geral do SF36v2, o grupo sem protocolo obteve resultados superiores para o Aspecto emocional e similares quanto aos demais aspectos (Vitalidade, Aspecto social e Saúde Mental). Em termos percentuais, o grupo sem protocolo obteve melhores resultados após 12 sessões de auriculoterapia.

Para justificar os resultados positivos da auriculoterapia alcançados pelos grupos de intervenção para os domínios físico e mental do SF36, é interessante refletir sobre os conhecimentos de neurofisiologia e embriologia para compreender os mecanismos de ação da técnica.

O ponto de acupuntura ou de auriculoterapia apresenta implicações elétricas, histológicas e fisiológicas e a aurícula tem um perfil estrutural particular, com uma rede vascular muito rica e feixes neurovasculares específicos. Portanto, dois fatos parecem explicar o uso da aurícula para diagnóstico e tratamento: a inervação periférica da aurícula e a possível interferência neural central de diferentes fibras sensoriais originárias do tronco cerebral e do tálamo (Romoli, 2010b).

Quando a orelha é estimulada, por exemplo, por uma agulha de acupuntura, uma pastilha ou por aquecimento, os estímulos são registrados por receptores sensoriais na pele da orelha. O impulso é conduzido para o sistema nervoso central, o cérebro. O estímulo na orelha direita vai para a metade esquerda do cérebro, porque o caminho do nervo atravessa a substância branca do cérebro. Danos no lado direito serão registrados no lado esquerdo do cérebro. O dano pode ser "monitorado" e tratado no lado direito da orelha (Landgren, 2008).

Os nervos que abrangem o pavilhão auricular podem ser divididos de acordo com a origem em: nervos espinais, nervos cerebrais e simpáticos. O lóbulo, a hélice, fossa escafóide e a antehélice da orelha encontram-se inervados principalmente por nervos espinais, enquanto que as conchas se encontram inervadas principalmente pelos nervos auriculotemporal, vago, facial e glossofaríngeo (Garcia, 1999).

O nervo auricular maior e o nervo occipital menor originam-se no segundo e terceiro pares do plexo cervical, sobem por trás do músculo esternocleidomastóideo até atingir a raiz da hélice. Abrange a área superior anterior e posterior da aurícula (Garcia, 1999). Estão

localizados na zona innervada pelo nervo auricular maior, pontos relacionados à coluna cervical, torácica e lombar. Estes pontos foram extensamente utilizados no presente estudo para controle de dor nestas regiões (Figura 17).

Figura 17 – Pontos auriculares mais utilizados no grupo sem protocolo e inervações regionais

Imagem Adaptada de Garcia EG. Definição, Função e Diagnóstico dos Pontos Auriculares. Auriculoterapia. São Paulo: Roca;1999.p.57.

Os pontos auriculares do Tronco Cerebral, Tálamo e Hipotálamo estão localizados na mesma região da aurícula, no bordo superior da fossa intertrágica e internamente innervados por ramos dos nervos vago, facial e glossofaríngeo. O ponto Tronco Cerebral tem indicação para controle da atividade cardíaca, cefaléia, vômitos, náusea, respiração e temperatura corporal (Garcia, 1999). É um ponto sedante, calmante para a mente (Giaponesi, Leão, 2009).

O nervo facial controla o movimento dos músculos superficiais da face e da região das adenóides. Do bulbo raquidiano partem o nervo vago e glossofaríngeo, que controlam o centro respiratório, o centro cardíaco, o centro vasomotor e o centro das secreções salivares. Sai um ramo do nervo vago que se une com o nervo

glossofaríngeo e com fibras do nervo facial que penetram na orelha, abrangendo a concha cava, a raiz da hélix, estendendo-se até a fossa escafóide (Garcia, 1999). Os pontos de vísceras e órgãos utilizados no presente estudo como Fígado, Vesícula biliar, Baço, Pâncreas, Intestinos, Rins, Bexiga, Pulmões, Coração etc estão localizados na concha e têm a abrangência destas inervações.

Quanto à base embriológica, Nogier sugeriu não somente a existência de 3 diferentes zonas de inervação na orelha externa, como também de 3 diferentes tipos de tecido embrionário na orelha. A concha central da orelha correspondente à zona endodérmica embriologicamente, como já explanado, é innervada pelo nervo vago e está relacionada à regulação autônoma da dor e de doenças que se originam em órgãos internos (Nogier, 1998).

De fato, no mapa auricular, esta região é aquela correspondente à localização dos órgãos e vísceras do corpo. A endoderme está relacionada à maioria dos órgãos internos, com exceção do coração e dos rins, se considerarmos o mapa de Nogier (Landgren, 2008). No mapa chinês, os pontos auriculares do coração e do rim também se localizam na região da concha.

A zona somática mesodérmica corresponde às margens da ante-hélice e do anti-trago da orelha, a escafa e a parede da hélice. A mesoderme relaciona-se com o músculo-esquelético, músculo liso, vasos sanguíneos, ossos, cartilagem, articulações, tecido conectivo, glândulas endócrinas, córtex renal, músculo do coração, órgão urogenital, útero, trompas, testículos e tecido linfático. A parte da orelha onde estes órgãos são representados é innervada pelo trigêmeo que supre o tronco cerebral com impulsos bloqueadores de dor para o músculo-esquelético (Landgren, 2008).

E, finalmente, a zona ectodérmica está representada por parte da hélice, trago e lóbulo da orelha e tem relação com o sistema nervoso central e a dor neuropática. A pele ectodermal e os tecidos do sistema nervoso são encontrados nesta zona (Oleson, 2005; Kurebayashi, Do Prado, 2011a). A ectoderme relaciona-se com a

pele, o cérebro, a coluna espinal, subcórtex, córtex e nervos periféricos, glândula pineal, pituitária, rins, cabelos, unhas, córnea, dentes, membrana mucosa do nariz e os olhos. A parte da orelha onde estes órgãos são representados é innervado pelo ramo do plexo cervical que tem conexão indireta com o córtex (Landgren, 2008).

Sobre a importância da inervação do nervo vago na orelha, estudo foi feito para avaliar o efeito da estimulação de pontos na orelha para produzir atividade vagal, tendo em vista que ramificações do vago innervam a região da concha internamente. O estudo foi realizado com 14 homens saudáveis divididos em 4 grupos: um controle sem intervenção, um grupo placebo, acupuntura manual e eletroacupuntura. Estimulação foi conduzida na concha da orelha, onde há evidência de neurônios aferentes do nervo vago, tendo sido controlada e observada a respiração, sensação de dor, diferenças individuais sobre crença na eficácia da acupuntura e tempo de efeito não atribuível às intervenções. Os resultados mostraram que o grupo de eletroacupuntura conseguiu induzir à atividade vagal comparativamente aos demais grupos (La Marca, Nedeljkovic, Yuan et al, 2010).

No presente estudo a auriculoterapia mostrou-se eficaz no aspecto físico em pelo menos três fatores, com especial atenção para o fator “Dor”, que apresentou os melhores resultados positivos percentuais para ambos os grupos de intervenção comparados ao controle. Mesmo com uma queda de quase 10% no *follow-up* do efeito de diminuição da dor, ambos conseguiram manter a diferença estatística comparada ao grupo controle.

O mecanismo de ação da acupuntura na analgesia, especialmente de dores crônicas, tem sido bastante estudado e embora não se conheça ainda com clareza a extensão da ação da acupuntura no sistema imune e endócrino, o desenvolvimento da neurofisiologia permitiu justificar, em parte, a ação do estímulo provocado pela acupuntura sistêmica. Interessante entender a base neurofisiológica da acupuntura sistêmica, pois, tal mecanismo pode

se estender à auriculoterapia, quando se trata de estudar como os estímulos em inervações auriculares podem agir para o controle de sintomas de dor.

Com base em uma revisão de estudos recentes sobre o mecanismo de ação da acupuntura, foi possível estabelecer alguns modelos a partir destas pesquisas: o modelo neurohumoral ou bioquímico, o modelo bioelétrico e um novo modelo proposto por um pesquisador médico japonês, Yoshio Manaka. Este pesquisador propôs um modelo baseado na teoria da informação e na teoria dos sistemas, que é o modelo do sinal X. Neste último modelo, as substâncias vitais definidas pela MTC traduziriam um conteúdo de natureza ainda desconhecida, o Sinal X, pertencente a um sistema integrador filogeneticamente mais antigo que os sistemas nervosos, endócrino ou imunológico. Tal sistema trabalharia com um nível energético muito discreto, que ficaria oculto pelos outros sistemas já conhecidos. As substâncias vitais (Qi, Xue, Yin, Yang) seriam o conteúdo de informação carregado pelo sinal X, os Zangfu (órgãos e vísceras) seriam as estações processadoras do sinal X e as teorias de acupuntura como oito princípios, cinco elementos ou yin-yang descreveriam como funciona o sistema (Pereira, 2005).

Por outro lado, o modelo bioelétrico busca justificar a ação da acupuntura e da auriculoterapia a partir da análise e estudo da condutibilidade elétrica das áreas cutâneas onde estão localizados os pontos e os meridianos de acupuntura. Desta forma, foi possível criar a eletroacupuntura e desenvolvido o método de avaliação denominado Ryodoraku (Imamura, 1996).

Onde há a inserção da agulha, os receptores na pele e fibras nervosas são ativados e alguns neurotransmissores e neuropeptídeos são liberados: o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP), que dilata os vasos sanguíneos e, em baixas doses, pode favorecer um efeito anti-inflamatório. Outras

substâncias que podem ser liberadas são: Substância P ²² , serotonina, endorfina, somatostatina, bradicinina ²³ , peptídeo intestinal vasoativo (VIP), este último um hormônio tecidual que, entre outras coisas, alarga as artérias e pode inibir a secreção de ácido clorídrico no estômago (Pereira, 2005).

Por fim, o modelo neurohumoral ou bioquímico, associado ao estudo de aferência sensorial da acupuntura permitiram explicar, em parte, o mecanismo de controle de dor que a acupuntura e auriculoterapia podem promover.

Quando se sente dor crônica, a informação nociva gerada é conduzida por finos sensores aferentes não mielinizados do tipo C para o corno posterior da medula espinal. De lá a informação é transmitida, por meio das vias espinorreticulares ascendentes contralaterais, para o cérebro, gerando a sensação de dor. O alívio dessa dor pode ser produzido inserindo uma agulha nos tecidos, estimulando fibras nervosas de tamanho médio, mielinizadas, do tipo A delta (White, 2001).

Como as fibras não mielinizadas do tipo C conduzem de forma mais lenta a informação ao cérebro e as fibras do tipo A delta são muito mais rápidas na condução do estímulo realizado na pele e nos tecidos subcutâneos à central nervosa, evita-se temporariamente que a informação de dor crônica chegue ao cérebro. O corpo escolhe enviar à central nervosa apenas uma desta sequência de impulsos, como se houvesse uma única via para um trem. E, neste mecanismo, o trem da acupuntura teria prioridade sobre a via da dor, fazendo-a cessar temporariamente, deixando de tornar-se consciente ao nível central. Dinorfina e encefalina estão

²² Substância transmissora de dor

²³ Aminoácido que, entre outras coisas, influencia na contração muscular e na experiência da dor.

envolvidos no controle do portão da dor (Landgren, 2008; Pereira, 2005).

O efeito obtido na acupuntura é provocado pela atividade em interneurônios de inibição situados no corno posterior da medula espinal, quando há estimulação deste tipo de fibras. Estes interneurônios de inibição liberam encefalina e este peptídeo opióide bloqueia as entradas sensoriais aferentes dos pontos gatilhos C na medula espinal. O trato espinotalâmico lateral emite colaterais que se dirigem para a área cinzenta do periaqueduto do mesencéfalo, na extremidade superior de um sistema descendente inibidor de dor. Os axônios deste sistema no nível do corno posterior também se conectam com os interneurônios de inibição (Carneiro, 2001).

A liberação de serotonina e noradrenalina, na via descendente inibitória de dor, justificaria o alívio de longo-termo alcançado pela acupuntura (Landgren, 2008). A estimulação de fibras aferentes A delta ativa o hipotálamo (núcleo arqueado) que, por sua vez, ativa as reações em cadeia descendentes que inibem a nocicepção em toda a medula espinal. Existem, portanto, dois sistemas descendentes bem definidos: uma via é um trajeto mediado por serotonina, que compreende a estruturas da linha mediana, a substância cinzenta periaquedutal e o núcleo magno da rafe. A outra via é o trajeto mediado pela noradrenalina, que desce em cada lado da linha mediana, através dos núcleos gigantocelulares e paragigantocelulares (White, 2001).

Para a acupuntura sistêmica já foram estudadas evidências neurofisiológicas da acupuntura e sua ação inibitória na dor, muito mais profundamente do que para a acupuntura auricular. Porém, certamente, pontos do corpo e pontos da orelha estão ambos associados com a liberação de endorfina e encefalina. Os estudos que têm sido feitos sugerem que o estímulo de pontos auriculares pode conduzir à elevação do limiar de dor em locais específicos, porém, a inter-relação de pontos somatotópicos na orelha com

regiões específicas do cérebro precisa ainda ser mais investigada (Oleson, 2005).

Ao retomar os resultados alcançados no presente estudo pela auriculoterapia para a melhoria de qualidade de vida, observou-se que a técnica foi eficaz para outro importante fator de bem estar que é a Capacidade Funcional. Em geral, o desconforto gerado pela dor não permite que a pessoa consiga realizar adequadamente suas atividades de vida diária, como estender roupas, subir e descer escadas, ajoelhar-se, abaixar-se ou fazer caminhadas. A estas atividades, o questionário SF36v2 denominou por Capacidade Funcional.

Os grupos protocolo e sem protocolo conseguiram ser eficazes na manutenção da Capacidade funcional após 12 sessões de auriculoterapia quando realizada uma análise deste item comparativamente ao grupo controle. Houve similar resposta para os dois grupos de intervenção quanto ao Estado Geral de Saúde.

Ao buscar na literatura outros estudos sobre acupuntura para o tratamento de dores crônicas e incapacitantes para atividades de vida diária, encontrou-se um ensaio clínico sobre fibromialgia e qualidade de vida, com 58 mulheres e a acupuntura foi um tratamento complementar que conseguiu reduzir a intensidade da dor e melhorar a qualidade de vida destas pacientes nos seguintes aspectos do SF36: Capacidade funcional, Dor, Vitalidade, Aspectos social, Emocional e Saúde mental. Tais resultados foram significativos na primeira avaliação, após 3 meses de tratamento (Araújo, 2007).

Outro ensaio clínico sobre o efeito da auriculoterapia na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia foi feito durante 10 semanas, totalizando 10 sessões. Foram utilizadas agulhas nas aurículas direita e esquerda nos pontos Shenmen, Relaxamento muscular e Rim; na aurícula direita o ponto Fígado e na aurícula esquerda o ponto Estômago. A agulha foi mantida por 25 minutos.

Após o término das sessões foram fixadas agulhas semipermanentes nos pontos Shenmen, Subcórtex e Ansiedade, que permaneceram por um período de sete dias. Este estudo demonstrou que a auriculoterapia foi eficaz para melhorar a qualidade de vida em pacientes com fibromialgia, já que em todos os itens do SF36 houve melhora na reavaliação, principalmente no aspecto emocional e dor (Góis, Rosa, Oliveira Filho et al, 2008).

O grupo sem protocolo pode escolher pontos de dor para atender aos sintomas mais urgentes, tais como, cervical, ombro ou lombar, associando-o à ação analgésica de Shenmen. Na análise dentro de cada item em separado, os resultados se mostraram também positivos para o grupo protocolar, que fez uso somente dos pontos Shenmen, Rim e Tronco Cerebral, além dos pontos Yang do F1 e F2, embora o grupo protocolo não tivesse obtido diferença estatística na análise intergrupos para o Domínio Físico como um todo. Desta forma, questiona-se o que justificaria tal resultado, considerando-se que não houve, a priori, a escolha de pontos para dor para o grupo protocolo. O protocolo de pontos foi positivo também na diminuição de dores músculo-esqueléticas dos sujeitos atendidos, melhorando sua Capacidade funcional e a percepção do Estado geral de saúde.

Na história do desenvolvimento da acupuntura auricular pode-se mencionar Dr. Xu Zuo-Lin, de Pequim, que em 1959 realizou o que era provavelmente a primeira validação clínica da prática na China, com 255 pacientes para as mais diferentes doenças. Utilizando os mapas de Nogier, Xu introduziu uma série de nove pontos que estariam ligados a MTC. Um deles foi Shen (o ponto de Vitalidade), que se tornou universalmente popular entre os acupunturistas como Shenmen e é incluído em diversos mapas ocidentais (Romoli, 2010b).

No relatório de padronização da nomenclatura da acupuntura auricular escrito por Dr. Tsiang, ele comenta que há discrepâncias entre alguns pontos auriculares na Europa, China e França. A

localização do ponto Shenmen do mapa chinês é a mesma do ponto Quadril do mapa francês (WHO, 1991). Pode-se compreender, portanto, o benefício que o ponto Shenmen tem para as dores, especialmente, aquelas relacionadas à região lombossacra. Cabe ressaltar que, na fossa triangular, onde se localiza o ponto Shenmen, chegam quase todos os nervos do pavilhão auricular.

É um ponto comumente indicado para promover analgesia de dor e como ponto anestésico em auriculoterapia. Para Romoli (2010b), a área do Shenmen não corresponderia a uma estrutura anatômica macroscópica e sim uma representação de um sistema regulatório de diversas funções do corpo. Estaria, portanto, conectado a uma parte essencial do sistema nervoso autônomo e seria assim justificável a abundância de indicações pelos autores chineses sobre o ponto Shenmen: alívio de dor, convulsões, tosse, asma, prurido, vômito, tranquilizante da mente, reduz a pressão arterial e o batimento cardíaco, alivia a garganta inflamada.

O ponto Shenmen foi utilizado em 100% dos participantes, tanto no grupo protocolar ou sem protocolo. Esse ponto pode ter sido um dos responsáveis pelos resultados positivos após o tratamento para o domínio mental do SF36, com melhoria do item Vitalidade, diminuição de sensação de fadiga, melhoria das relações sociais e da percepção sobre as dificuldades emocionais ao lidar com o cotidiano e o trabalho, bem como o grau de irritabilidade e de depressão relativos à Saúde Mental.

Em outro estudo, o ponto Shenmen foi associado ao ponto Zero para prevenção de agitação no pós-operatório em pacientes idosos e se observou que os quatro pacientes tratados com tais pontos com agulhas semipermanentes, nas duas orelhas, não apresentaram problemas comportamentais como agressividade e agitação no pós-operatório (Arai, Ito, Hibino et al, 2009). Foi também um dos pontos do protocolo utilizado para diminuição de estresse em equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (Giaponesi, Leão, 2009) e para diminuição de estresse em 75

profissionais de Enfermagem em um Hospital escola na cidade de São Paulo (Kurebayashi, Gnatta, Borges et al, 2012a).

Para o tratamento de fadiga, cansaço e problemas de deficiência energética geral, não se pode deixar de destacar o importante papel que o ponto dos Rins tem para o equilíbrio geral do corpo e da mente. Para a MTC, aos rins se atribuem não somente as funções de secreção, excreção e absorção dos rins da fisiologia ocidental, mas sua influência sobre as gônadas, a supra-renal, a produção de medula óssea e características constitucionais hereditárias. Tal relevância é atribuída a este meridiano, que é considerado fonte e sede de todo Yin e Yang que regulariza e mantém o equilíbrio energético do corpo, sendo responsável pelo nascimento, crescimento, reprodução e morte (Maciocia, 2007).

Compreende-se, portanto, a relevância da introdução deste ponto como mobilizador de recursos energéticos e de reequilíbrio durante o processo vivenciado no estresse. Os sintomas referentes aos rins têm características importantes de deficiência e depleção energética, caracterizados pelo desânimo, cansaço, falta de forças, insegurança e disfunções sexuais. Somem-se a isto, as dores lombares por deficiência energética e fadiga, uma vez que os ossos, a medula espinal e a medula óssea estão relacionados diretamente às funções energéticas dos Rins.

Como aos rins na MTC também são atribuídas às funções da supra-renal, o efeito calmante da auriculoterapia, especialmente do ponto do rim e supra-renal, pode ter papel fundamental sobre a produção de catecolaminas pela medula desta glândula. Os hormônios adrenalina, noradrenalina e dopamina são substâncias transmissoras no Sistema Nervoso Central e Periférico. A acupuntura pode agir também sobre o córtex da adrenal e, desta forma, pode ter uma ação sobre os níveis de serotonina²⁴, GABA²⁵,

ocitocina²⁶ e também sobre a mais importante substância que age no estresse, que é o cortisol. Cortisol é o hormônio do estresse que tem um importante efeito sobre os níveis de açúcar e insulina e a defesa do corpo contra infecções e alergias. Quando há estresse de longo-termo, o nível de cortisol aumenta produzindo um efeito negativo sobre o pâncreas, sobre as paredes dos vasos sanguíneos, sobre a defesa imunológica, com aumento de produção de gordura abdominal (Landgren, 2008). Mais estudos se fazem necessários no futuro, também, para melhor avaliar os níveis de cortisol antes e após sessões de acupuntura e de auriculoterapia.

Neste sentido, a pesquisa em auriculoterapia ainda precisa se aprofundar para se conhecer os campos em que o tratamento auricular poderia ser aplicado com vantagens. Já há evidências quanto à sua eficácia para o tratamento de dores lombares, cervicalgias, enxaquecas, estresse, como foi observado no presente estudo. Tem sido bastante utilizado para tratamento de adictos, para obesidade, para diminuição de ansiedade e insônia. O tratamento auricular para desordens psicossomáticas mostrou-se promissor e poderia ser proposto como uma terapia complementar às drogas psicoativas. Outras interessantes combinações terapêuticas poderiam incluir a auriculoterapia como coadjuvante em programas de reabilitação, para redução de número de sessões e diminuição de custo total da reabilitação (Romoli, 2010b).

No presente estudo, a auriculoterapia sem protocolo conseguiu ampliar o alcance terapêutico para redução de estresse considerando-se os estudos preliminares para sujeitos com estresse alto. Como já citado anteriormente, equiparou-se aos resultados positivos obtidos em outras terapêuticas como terapia cognitivo-

²⁴ Neurotransmissor que age sobre o alívio da dor, o sono, estado emocional, agressividade e apetite.

²⁵ GABA (ácido Gamaaminobutírico) que tem um efeito inibitório sobre o SN central.

²⁶ Importante na lactação, conhecido como o "hormônio do bem estar; é liberado quando se ri ou com a massagem.

comportamental, programas de meditação, relaxamento e de acupuntura, em termos de tamanho de efeito.

Cabe ainda destacar que a auriculoterapia tem algumas vantagens importantes: é fácil de ser administrada, muito rápida, relativamente barata, pode ser realizada com materiais não invasivos e tem mínimos efeitos colaterais adversos. Parece ser uma intervenção bastante interessante para pacientes que são resistentes à intervenção farmacêutica e que sofrem de ansiedade e problemas de ordem emocional (Wang, Peloquin, Kain, 2001).

Com efeito, no presente estudo, foi necessário nada menos do que dez minutos para conversar, diagnosticar e colocar as agulhas em cada um dos sujeitos e tal procedimento foi feito dentro do ambiente de trabalho hospitalar, que tem alta demanda de serviços. Essas não seriam as condições ideais para a realização de um tratamento, porém, foi exatamente esta característica de adaptabilidade e por poder ser realizada em diferentes locais, desde que o sujeito pudesse se sentar, que a auriculoterapia pode ganhar relevância como uma técnica recomendável em hospitais e em qualquer ambiente de trabalho.

A equipe de Enfermagem demonstrou que o maior percentual de sujeitos estava na Fase de Resistência, à semelhança de outro estudo realizado com equipe de Enfermagem que apresentou 68,4% da equipe nesta fase. Devido a esses resultados preocupantes, propostas de ações preventivas para redução de estresse foram sugeridas. Tais intervenções estavam ligadas à melhoria de condições de trabalho em relação ao ambiente físico, outras no âmbito do contexto organizacional, como mudança nas escalas, estímulo às relações positivas, colaborativas e intervenções preventivas e de assistência como suporte emocional, técnicas de relaxamento, ginástica laboral, dinâmicas de grupo entre outros (Miquelin, Carvalho, Gir et al, 2004).

Segundo Hurrell Jr e Sauter (2011), tais ações podem ser categorizadas em intervenções primárias, secundárias e terciárias. A

intervenção primária tem o objetivo de reduzir os fatores de risco dos estressores ocupacionais; a intervenção secundária busca modificar a maneira como os indivíduos respondem aos riscos ocupacionais e, finalmente, as intervenções terciárias tratam as lesões e traumas decorrentes do estresse.

Neste sentido, a auriculoterapia é uma intervenção que pode ser incluída no âmbito das tecnologias de intervenção secundária. Já foi estudada como uma alternativa para melhorar o coping da equipe de Enfermagem (Kurebayashi, Gnatta, Borges et al., 2012b). Pode também ser incluída entre as intervenções terciárias, por auxiliar a conter os prejuízos já ocorridos e evitar o seu agravamento em sujeitos já enfermos.

Os avanços para a redução de estresse laboral e melhoria de qualidade de vida entre profissionais reúnem os três tipos de intervenção, da prevenção ao campo da assistência propriamente. Assim, associados às técnicas e tratamentos de saúde, há que se instituírem programas e políticas permanentes de gestão de pessoas que considerem o profissional como o centro de suas questões e que procurem adaptar o trabalho ao homem, visando eficiência, eficácia, desempenho, bem estar e qualidade de vida, para que, finalmente, isto se reflita nos serviços prestados à sociedade (Vasconcelos, 2011).

Há um longo caminho a ser percorrido até que se possam criar programas efetivos para promoção de qualidade de vida e saúde para os profissionais de Enfermagem nos hospitais, com delineamento de propostas para conhecer fatores preditores e protetores de estresse nos diferentes ambientes de trabalho. Iniciativas, como o presente estudo, visam a favorecer debates sobre estresse e qualidade de vida e sensibilizar aqueles que têm a possibilidade de modificar e adaptar a estrutura e a cultura organizacional para benefício dos trabalhadores e da instituição. Intervenções de baixo custo e facilmente aplicáveis no ambiente de trabalho podem ser somadas a outras iniciativas educativas,

psicosociais e psicotécnicas para desenvolver meios e instrumentos de enfrentamento do estresse.

8 CONCLUSÕES

Primeira Fase do estudo

A amostra foi composta de 484 profissionais de Enfermagem de um Hospital Geral Particular de médio porte na Cidade de São Paulo, com 82% do sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 33,63 anos, a média de tempo de serviço foi de 51,30 meses e os níveis de estresse da equipe de Enfermagem foi de 45,9 pontos, equivalente a nível médio de estresse segundo a Lista de Sintomas de Stress de Vasconcellos. Os profissionais mais estressados foram os do sexo feminino, no cargo de enfermeiros, do turno da manhã ou com plantões variáveis, profissionais em postos de chefia, encarregados de setores e que apresentavam alguma enfermidade crônica. Tais resultados sugerem que um cuidado especial se deve ter com este perfil de profissionais em hospitais e que estratégias para melhorar o enfrentamento de situações estressantes sejam discutidas e desenvolvidas.

Segunda Fase do estudo

Das 484 pessoas da primeira fase, 213 atenderam aos critérios de inclusão e, após as perdas, 175 profissionais de Enfermagem foram divididos em 3 grupos: controle(58), grupo protocolo(58) e grupo sem protocolo(59). Os resultados se mostraram positivos e similares entre os grupos de intervenção protocolo e sem protocolo comparativamente ao controle ($p < 0,05$), após 12 sessões de auriculoterapia para redução de níveis de estresse e *follow-up* de 30 dias, segundo a Lista de Sintomas de Stress de Vasconcellos (LSS). Os resultados se mostraram superiores para o grupo sem protocolo quanto ao tamanho de efeito e percentual de mudança tanto no pós-tratamento quanto no *follow-up*, considerando-se a LSS.

Na análise por subgrupos, segundo LSS, obteve-se que somente o grupo sem protocolo conseguiu resultados para os sujeitos que apresentaram morbididades prévias auto referidas associadas ao estresse. E conseguiu melhores índices de tamanho de efeito para os indivíduos com estresse alto. Os sujeitos com morbididades, porém, não conseguiram manter os efeitos no *follow-up*.

Quanto ao instrumento do Inventário de Sintomas de Stress de Adultos da Lipp (ISSL), pode-se afirmar que o principal escore encontrado foi da Fase de Resistência, com 62,29% de ocorrência. No teste ANOVA de medidas repetidas para os três questionários do ISSL encontrou-se que a auriculoterapia sem protocolo obteve os melhores resultados: conseguiu reduzir os sintomas de estresse em quase todas as fases, tendo sido eficaz no domínio psicológico da Fase de Alerta e nos dois domínios da Fase de Resistência ($p < 0,05$), resultados não conseguidos pelo grupo protocolo. Na Fase de exaustão, os resultados se mostraram similares segundo o índice d de Cohen para ambos os grupos nos dois domínios, com significância estatística para o grupo protocolo no domínio físico ($p < 0,05$). Não houve diferenças estatísticas na Fase de Quase exaustão para nenhum dos agrupamentos.

Nos resultados gerais dos domínios físico e mental do SF36v2, encontrou-se que o grupo sem protocolo foi mais eficaz que o grupo protocolo para o domínio físico do SF36v2 no momento 3 ($p < 0,05$). Quanto aos sintomas mentais, embora os dois grupos de intervenção tenham alcançado diferença estatística significativa ($p < 0,05$) no pós-tratamento e *follow-up*, o tamanho de efeito foi ligeiramente superior para o grupo sem protocolo tendo alcançado índices d de Cohen com “Médio efeito” em todos os aspectos constituintes e percentuais de mudança classificados como “Médio aumento” para os quatro aspectos do domínio mental: Vitalidade, Aspecto social, Aspecto emocional e Saúde mental.

Na análise de correlação entre os questionários, a LSS mostrou correlação positiva forte com o ISSL ($r = 0,607$) no momento

2 e entre a LSS e o ISSL ($r=0,687$), no momento 3. Não houve correlação entre os domínios físico e mental do ISSL e o questionário de qualidade de vida (SF36V2).

Os principais diagnósticos de MTC encontrados a partir da Ficha diagnóstica de MTC para os 175 participantes foram: Estagnação de Qi e Xue nos meridianos tendino-musculares das costas (62,3%); Calor de Estômago e Subida de Yang do Fígado, ambos com 61,7% de ocorrência; Estagnação de Qi do Fígado (41,7%) e Distúrbio de Shen (47,4%), Deficiência de Yin do Rim (47,4%) e Deficiência de Qi e Xue do Baço-Pâncreas (38,9%).

A partir da Correlação de Pearson foi possível encontrar uma forte correlação positiva entre os pontos auriculares escolhidos durante o tratamento pelo Grupo sem protocolo e os diagnósticos de MTC encontrados ($r=0,826$).

Os pontos mais utilizados pelo Grupo sem protocolo (59) findaram por repetirem os pontos do Grupo com protocolo: Shenmen (100%), Rim (96,6%), Tronco Cerebral (93,2%), Yang Fígado 1 (83,1%), Yang Fígado 2 (79,7%). Outros pontos também bastante utilizados foram: Estômago (96,6%), Baço (71,2%), Fígado (35,6%), Endócrino (30,5%), Pulmão (28,8%), Ápice (28,8%), Cervical (27,1%) e Lombar (23,7%).

Com exceção dos pontos de Estômago e Baço que obtiveram mais prevalência de uso, os cinco pontos do protocolo foram, de fato, os pontos comuns aos dois grupos. Porém, três importantes diagnósticos não foram cobertos pelo protocolo e que poderiam ampliar os resultados: a estagnação de Qi e Xue nos meridianos tendino-musculares das costas, o Calor de Estômago e a Deficiência de Qi e Xue do Baço Pâncreas. Aos cinco pontos poderiam, portanto, ser somados os pontos locais de dor, os pontos de estômago e de baço ou pâncreas, na dependência dos sintomas apresentados.

Os resultados obtidos neste estudo foram promissores, no sentido de oferecer respostas positivas na diminuição de níveis de

estresse da equipe de Enfermagem do Hospital Samaritano e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores. Proporcionou, aos que consentiram em participar do ensaio, a oportunidade de conhecer um pouco dos benefícios da técnica para minimização de sintomas de estresse e melhoria de bem estar e qualidade de vida. Enseja-se que, a partir desta prévia experiência, o conjunto de profissionais atendidos e a instituição reconheçam que a técnica funciona e que, a partir do interesse e aprendizado de técnicas como a auriculoterapia, os benefícios possam ser estendidos aos pacientes atendidos no hospital.

Intervenções, como a auriculoterapia, que têm o potencial de serem facilmente aprendidas por enfermeiros e profissionais da saúde são propostas de interesse para a redução de custos e busca por alternativas efetivas de promoção de saúde. Mais estudos que visem à avaliação econômica de custo-efetividade e custo-benefício são fundamentais para que a auriculoterapia possa ser mais difundida, reconhecida e incluída nos diversos setores de atenção à saúde, uma vez que já existe legislação que regulamenta o uso da acupuntura multiprofissional pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, para que a acupuntura e terapias afins sejam incluídas no âmbito dos serviços básicos de saúde, há um grande desafio a ser vencido: tornar a prática um exercício democrático e aberto a todo e qualquer profissional habilitado nos termos da lei e tecnicamente capacitado para exercê-la. Quanto mais a acupuntura²⁷ for popularizada, mais se terá a elevação do número de profissionais capacitados, consequentemente, o número de pessoas atendidas (Kurebayashi, 2007, p.219).

As Terapias Alternativas e Complementares, dentre elas a auriculoterapia, têm sido cada vez mais aceitas e utilizadas em vários países do mundo, como complementares à assistência da saúde, nos aspectos promocionais, preventivos, curativos e de reabilitação de diversos agravos agudos e crônicos. Tais terapias foram recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (2002), instituição internacional especializada em Saúde Pública e de alcance mundial, pelas contribuições que podem trazer a um número cada vez maior de pessoas e especialmente por resgatar práticas consideradas tradicionais nos diferentes países em que tiveram origem. Essas práticas são consideradas de baixo custo, com alto grau de acessibilidade e aceitabilidade pela população, sendo muito importantes em países que ainda têm na medicina tradicional, a principal forma de atenção à saúde da população carente (Kurebayashi, 2007, p.10).

No Brasil, o Ministério de Saúde apresentou a Política Nacional da Medicina Natural e Práticas Complementares – MNPC – no SUS em Fevereiro de 2005, com a intenção de corroborar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos Municípios e Estados, destacando-se a MTC/Acupuntura

²⁷ Onde houver acupuntura leia-se também a acupuntura auricular ou auriculoterapia

(Brasil, 2005). É importante enfatizar, porém, que à revelia dos avanços da implantação da acupuntura na rede pública, o exercício da mesma ficou restrito basicamente à classe médica com pouca participação de outras categorias profissionais (Kurebayashi, Oguisso, Campos, Freitas, 2007).

Com relação a isso, há na atualidade, uma acirrada discussão sobre o denominado ato médico, tendo em vista o Projeto de Lei do Senado (PLS), nº7703/2006 (Brasil, 2006b). A acupuntura, como especialidade médica, no Ocidente, viria a ser admitida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) somente no ano de 1995 pela Resolução CFM 1455/95, atribuindo-a como ato médico.

Segundo Kurebayashi, Oguisso, Freitas (2009), caso seja aprovado tal projeto, nos termos em que está redigido, poderia acarretar inúmeros problemas aos profissionais acupunturistas e profissionais da saúde que queiram exercer a prática. Se a acupuntura for considerada como atividade exclusiva do médico, poderá haver violação de um direito adquirido, nos termos do inciso XXXVI, do art. 5º, da Carta Magna, pois a mesma já foi reconhecida como especialidade pelos enfermeiros e outros profissionais da área da saúde.

Este panorama político, legal, profissional e ético em torno da regulamentação da acupuntura como profissão tem, seguramente, dificultado a legitimação da prática de acupuntura pela enfermagem e sua implementação como especialidade da categoria profissional. Por conseguinte, torna-se fundamental ampliar os horizontes conceituais dos benefícios da técnica da acupuntura, com expansão da terapêutica para o enfermeiro nas universidades e instituições de saúde, públicas e privadas, para que se torne uma prática multiprofissional, compartilhada, ética, em benefício da população brasileira (Kurebayashi, Oguisso, Freitas, 2009).

Este panorama futuro, de maior aplicabilidade da auriculoterapia e práticas complementares no âmbito da enfermagem, está na dependência de um conjunto de fatores

estruturais, educacionais, técnicos, políticos, éticos e legais, que são pilastras para a edificação da prática da acupuntura e da auriculoterapia nos diversos campos em que o enfermeiro atua. Tais aspectos são muitas vezes externos à vontade do enfermeiro. Entretanto, isto não o exime da responsabilidade de participar e lutar pela incorporação de tais técnicas em sua prática assistencial, dadas as atuais circunstâncias em que embates éticos e legais quanto ao exercício da acupuntura estão cada vez mais acirrados (Kurebayashi, Oguisso, Freitas, 2009).

O saber e fazer do enfermeiro acupunturista em hospitais, em unidades de saúde pública, ainda é um fruto por amadurecer e se colher. Espera-se que, no futuro, a acupuntura consiga delimitar-se como prática de cuidado que é pertinente ao exercício profissional da enfermagem, de forma a constituir um fazer específico, adaptado à sua área de assistência e aos cuidados prestados (Kurebayashi, Freitas, 2011).

REFERÊNCIAS

Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):108-13.

Agência Européia para Avaliação de Produtos Medicinais (EMA). Manual de Boas Práticas Clínicas da Conferência Internacional de Harmonização (GCP/ICH); 1997. [cited 2012 Jan 8]. Available from: <http://www.ufrgs.br/bioetica/gcpport.htm>

Allais G, Romoli M, Castagnoli G, Benedetto C. Ear acupuncture in unilateral migraine pain. *Neurol Sci*. 2010;31 Suppl 1:S185-7.

Arai YCP; Ito A; Hibino S; Niwa S; Ueda W. Auricular Acupunctures are Effective for the Prevention of Postoperative Agitation in Old Patients. *Oxford Journals*. 2010;7(3):383-6.

Araújo RAT. Tratamento da dor na fibromialgia com acupuntura. São Paulo, 2007. Tese (Doutorado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 86p.

Asher GN, Jonas DE, Coeytaux RR, Reilly AC, Loh YL, Motsinger-Reif AA, Winham SJ. Auriculotherapy for pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*. 2010;16(10):1097-108.

Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na Enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um Hospital de Ensino. *Rev Latino-am Enferm*. 2003 março-abril; 11(2):177-83.

Barrett EAM. Imagery: experiencing pandimensional awareness. In: Conference of the Society of Rogerian Scholars [text on the Internet]. Savannah; 2003. [cited 2012 Feb 25]. Available from: <http://medweb.uwcm.ac.uk/martha/barrettpaper.htm>

Bear MF, Connors, BW, Paradiso MA. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Bianchi, E.R.F. Escala Bianchi de Stress. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):1055-62.

Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. São Paulo: EPU; 1981.

Birch S, Lewith G. Acupuncture research: the story so far. In: MacPherson F, Hammerschlag R, Lewith F, Schnyer R. Acupuncture

Research: strategies for establishing an Evidence Base. New York: Churchill Livingstone Elsevier, 2007. p. 15-36.

Birch SJ, Felt RL. Entendendo a acupuntura. São Paulo: Roca, 2002a. O que é acupuntura; p. 3-45.

Birch SJ, Felt RL. In: Entendendo a acupuntura. São Paulo: Roca; 2002b. Qual é o mecanismo de ação da acupuntura? ;180-229.

Blumenschein L. Analysis and application of Roger's Science of Unitary Human Beings. *Visions*. 2009;16(1):55-61.

Boff L. A voz do arco-íris. Rio de Janeiro: Sextante; 2004.

Borba FS. Dicionário UNESP do português contemporâneo. 2ªed. São Paulo: UNESP; 2005.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 7.703/2006 [Internet]. Brasília: 2006b. [cited 2012 Set 10]. Available from: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/442391.pdf>

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria Geral. Resolução Ciplan n. 5, de 3 de Março de 1988. Implanta a prática da acupuntura nos Serviços Públicos Médico-Assistenciais e cria procedimentos e rotinas para as Unidades Públicas de Assistência Médica. Diário Oficial da União, Brasília, 11 mar. 1988. Seção 1, p. 3997-8.

Brasil. Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final [texto na Internet]. Brasília; 1996. [cited 2011 jan 20]. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. [texto na Internet]. Brasília; 2003. [cited 2011 fev 20]. Available from: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0872_M.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final [texto na Internet]. Brasília; 1986. [cited 2011 jan 20]. Available from: <http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/8conferencia.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. 10ª revisão. 2008;1. [cited 2011 jan 17]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.543/1995. Regulamenta a formação do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas não-Convencionais, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 15 dez. 1995. Seção 1, p. 21167.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 971/2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 maio 2006a. Seção 1, p. 20-5.

Brasil. Ministério da Saúde/ Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde.org. Dias, E.C; col. Almeida, I.M. et al Brasília:Ministério da Saúde do Brasil; 2001. 580p. Série A.Normas e Manuais Técnicos; n.114.[cited 2011 jan 19]. Available from: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) [Internet]. Brasília (DF); 2005. [cited 2012 Fev 28]. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf>

Camelo SHH, Angerami ELS. O estresse e o profissional de Enfermagem que atua na assistência à comunidade; uma revisão de literatura. Rev Nursing.2006;97(8):855-59.

Capra F.O ponto de mutação. 26ª ed. São Paulo: Cultrix; 2006a. Holismo e saúde.p. 299-350.

Capra, F. O Tao da Física. 24ªed. São Paulo: Cultrix, 2006b. p.92.

Carneiro MLM, Soares SM. Holismo e saúde: uma abordagem ampliada. In: Gualda DMR, Bergamasco RB. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004. p. 73-92.

Carneiro NM. Fundamentos da acupuntura médica. Santa Catarina: Sistema, 2001. 709 p.

Cassidy, C.M. Além dos números: Métodos de Pesquisa Qualitativa para a Medicina Oriental. In: Stux, G.; Hammerschlag, R. Acupuntura Clínica. Barueri (SP): Manole; 2005. p.167-188.

Cavalcante CAA, Enders BC, Menezes RMP, Medeiros SM. Riscos ocupacionais do trabalho em Enfermagem: uma análise contextual. Ciênc Cuid Saúde Maringá 2006;5(1):88-97.

Chae H, Lee S, Park SH, Jang E, Lee SJ. Development and Validation of a Personality Assessment Instrument for Traditional Korean Medicine Sasang Personality Questionnaire. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. 2012;12 p. doi: 10.1155/2012/657013.

Chaves LD, Leão ER. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de Enfermagem. Curitiba:Ed. Maio;2004.

Cherng W J. Iniciação ao taoísmo. Rio de Janeiro: Mauad; 2000.

Ciconelli RM, Ferra MB, Santos W, Meinão L, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol.1999;39:143-50.

Ciconelli, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36 – item Short – Form Health Survey (SF-36).[Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo;1997.

Coelho EAC. Gender, health and nursing. Rev Bras Enferm 2005;58(3):345-8.

Coelho Neto NM, Garbaccio JL. O estresse ocupacional no serviço de Enfermagem hospitalar: reconhecimento e minimização. Interseção. 2008;1(2):71-81.

Conde DM, Pinto Neto AM, Freitas Júnior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama.Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(3): 195-204.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Análise de dados dos profissionais de Enfermagem existentes nos Conselhos Regionais;2011.[cited 2012 set 1]. Available from: <<http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Área da Enfermagem procura novos talentos[Internet].2013[citado 2013 abr.15]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/rea-de-enfermagem-procura-novos-talentos_8059.html

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 328/2008. Regulamenta no Sistema COFEN/Conselhos Regionais a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade

[legislação na Internet]. Brasília; 2008. [cited 2011 jan 29]. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/5414>

Cooper JC. Yin e Yang: a harmonia taoísta dos opostos. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Costa AM, Duarte E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). Rev Bras. Ciên. e Mov. Brasília.2002;10(1): 47-54.

Cuba. Ministério de Salud Publica. Integración de las prácticas de la medicina tradicional y natural al Sistema de Salud [texto na Internet]. Cuba; 1995. [cited 2011 Jan 20]. Available from: www.onu.org/cu/pdhl/ideass/BrochureMTNesp.pdf

Cummings SR, Grady D, Hulley SB. Delineando um Ensaio Clínico Randomizado Cego. In: Hulley SB et al Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ªed. São Paulo: Artmed, 2008.p.165-179.

Dal Mas WD. Auriculoterapia: Auriculomedicina na Doutrina Brasileira. São Paulo: Roca; 2005.

Dantas, R.A.S.; Sawada, N.O.; Malerbo, M.B.Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2003; (11)4:532-538..

Delgado LM, Oliveira BRG. Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de Enfermagem de um hospital universitário. Rev Nursing.2005; 87(8):p.365-70.

Diaz Ontivero CM. Papel de la Auriculoterapia en el Manejo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la Comunidad [monograph on the Internet]. Cuba; 2006 [cited 2012 Aug 20]. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos41/auriculoterapia/auriculoterapia.shtml>.

Dicionário da Língua Portuguesa [dicionário na Internet]. Porto (PT): Porto Editora; 2007. [cited 2011 Jan 15]. Available from: <http://www.infopedia.pt/pesquisa?qsFiltro=14>

Do Prado JM, Kurebayashi LFS, Silva MJP. Eficácia da auriculoterapia para diminuição de estresse em estudantes de Enfermagem: ensaio clínico randomizado. Rev Latino-Am Enfermagem [online]. 2012b;20(4):727-35.

Doria MCS.D. O uso da acupuntura na sintomatologia do stress. Dissertação de mestrado.[dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas-PUCCAMP, 2010.143P.

Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. Rev Latino-am Enferm. 2006;14(4):517-25.

Eu WL. Acupuntura Constitucional Universal. São Paulo:Bioaccus; 2002.

Fernandes SMBA, Medeiros SM, Ribeiro LM. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(2):414-27. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>

Ferreira LRC, De Martino MMF. Stress of the Nurse: analysis of the literature on the Theme. Rev Cienc Med. 2006;15(3):241-248.

Ferreira EAG, Vasconcellos EG, Marques AP. Assessment of pain and stress in fibromyalgia patients. Rev Bras Reumatol. 2002;42:104-10.

Figueiró JAB. Dor e stress. In: Lipp MEN, organizadora. Mecanismo neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo;2003. p.149-153.

Fonseca FAC, Pecorari MJR, Cury THC et al A saúde de quem cuida da saúde: trabalho de Enfermagem e qualidade de vida. Cuidarte Enf.2008;2(1):30-38.

Fontaine KL.Complementary & Alternative therapies for Nursing Practice. 3ªed. New Jersey:Pearson Education;2011a. Integrative Healing. p..3-20.

Fontaine KL..Complementary & Alternative therapies for Nursing Practice. 3ªed. New Jersey:Pearson Education;2011b. Traditional Chinese Medicine.p.57-9.

Fontaine KL. Complementary & Alternative therapies for Nursing Practice. 3ªed. New Jersey:Pearson Education;2011c. The role of Evidence-Based Health Care in Complementary and Alternative Therapies. p.41-53.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Ausências previstas e não previstas da equipe de Enfermagem das unidades de internação do HU-USP. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):109-17.

Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. Rev Esc Enfermagem USP 2003; (4):43-50.

Garcia EG. Definição, Função e Diagnóstico dos Pontos Auriculares. Auriculoterapia. São Paulo: Roca;1999. p.61-116.

Gatti MFZ, Leão ER, Silva MJP, Puggina ACG. Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipe de Enfermagem. Enfermería Global.2004;5.p.1-12. [cited 8 Feb 2011]. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/540>

Giaponesi ANL, Leão ER. A auriculoterapia como intervenção para redução do estresse da equipe de Enfermagem em terapia intensiva.Nursing (São Paulo). 2009;12(139):575-79.

Góis RM, Rosa HL, Oliveira Filho EJ, Vale, CHFP, Resende RM, Silva WP, Fraga RO, Peixoto JG. Efeito da auriculoterapia na qualidade de vida em mulheres portadoras da síndrome da fibromialgia primária medicadas. 2008. [cited 2012 set 20]. Available from: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/epg/03/EPG00000445.ok.pdf

Gori L, Firenzuoli F. Ear Acupuncture in European Traditional Medicine. Evid Based Complement Alternat Med 2007;4(Suppl1):13-6.

Grossman P, Niemann L, Schimdt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a Meta-analysis. J Psychosom Res. 2004;57:35-43. [cited 2013 Fev 17]. Available from: http://www.openground.com.au/articles/MBSR_MA_JPR_2004.pdf

Guerrer FJL, Bianchi ERF. Characterization of stress in intensive care unit nurses Rev Esc Enferm USP 2008;42(2):355-62.

Guimarães CM. Efeito da acupuntura nos sintomas de ansiedade e depressão e nos parâmetros fisiológicos de voluntários adultos. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; Escola Paulista de Medicina. 2007.

Gunn CC. Acupuntura dentro do contexto.In: Filshie J, White A. Acupuntura Médica: em enfoque científico do ponto de vista ocidental. São Paulo: Roca; 2002. p.11-7.

Gurgueira GP, Alexandre NMC, Corrêa HR Filho. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de Enfermagem. Rev Latino-am Enferm 2003;11(5):608-13.

Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 12ª ed. London: Elsevier; 2011.

Hammes MG, Bäcker M. Pain from a traditional Chinese Medicine perspective. In: Hammes MG, Bäcker M. Acupuncture in the treatment of pain: an integrative approach. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. p.59-84.

He YH, Ne ZB. Teoria Básica da Medicina Tradicional Chinesa. Trad. Adapt. Kaufman, Dina. São Paulo: Atheneu; 2001. A causa e o desenvolvimento das doenças; p.203-224.

Hecker HU, Steveling A, Peuker ET, Strittmatter B, Filler TJ. Basic Principles of Auricular Acupuncture. In: Hecker HU, Steveling A, Peuker ET. Microsystems Acupuncture. New York: Thieme Stuttgart; 2006. p.2-36.

Hicks A, Hicks J, Mole P. Five Element Constitutional Acupuncture. 2ªed. London: Churchill Livingstone; 2011.

Hirsch S. Manual do Herói ou a filosofia chinesa na cozinha. 2ªed. Rio de Janeiro: Correcotia; s/ano.

Holland A. Voices of Qi: An introductory guide to Traditional Chinese Medicine. Berkeley: North Atlantic Books; 2000.

Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner T, Hammerschlag R. Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: a Randomized Controlled Pilot Trial. J Nerv Ment Dis. 2007;195(6):504-13.

Hurrell Jr JJ, Sauter SL. Stress Ocupacional: causas, consequências, prevenção e intervenção. In: Rossi AM, Perrewé PL, Meurs JA. Stress e Qualidade de Vida no Trabalho. São Paulo: Atlas; 2011. p.213-30.

Imamura ST. Eletroacupuntura Ryodoraku. São Paulo: Sarvier; 1996.

International Quality of Life Assessment Project (IQOLA). [cited 2011 Fev. 6]. Available from: <http://www.iqola.org/instruments.aspx#sf12>

Karst M, Winterhalter M, Münte S, Francki B, Hondronikos A, Eckardt A, et al. Auricular acupuncture for dental anxiety: a randomized controlled trial. Anesth Analg. 2007;104(2):295-300.

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da Qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Leão, E.R.; Chaves, L.D. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de Enfermagem. Curitiba: Maio; 2004. p.59-74.

Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC et al Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2009;18(2):215-23.

Kober A, Scheck T, Schubert B, Strasser H, Gustorff B, Bertalanffy P et al Auricular acupressure as a treatment for anxiety in prehospital transport settings. *Am. Soc. Anesthesiol.* 2003, 98(6): 1328-32.

Kurebayashi LFS, Gnatta JR, Borges TP, Belisse G, Coca, S, Minami A et al, Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2012a;46(1):89-95.

Kurebayashi LFS, Do Prado JM. Auriculoterapia e Enfermagem. In: Salles LF, Silva MJP. *Enfermagem e as práticas complementares em saúde.* São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011a, p.77-96.

Kurebayashi LFS. Acupuntura e Enfermagem. In: Salles LF, Silva MJP. *Enfermagem e as práticas complementares em saúde.* São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011b, p.19-42.

Kurebayashi LFS. *Acupuntura na Saúde Pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros [dissertação].* São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo: 2007.

Kurebayashi LFS, Freitas GF. *Acupuntura multiprofissional.* São Caetano do Sul (São Paulo): Yendis; 2011.

Kurebayashi LFS, Gnatta JR, Borges TP, Silva MJP. Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta: ensaio clínico. *Acta Paulista Enferm.* 2012c;25(5):694-700.

Kurebayashi LFS, Oguisso T, Campos PFS, Freitas GF. Acupuntura na enfermagem brasileira: uma história em construção. *Rev Paul Enferm.* 2007;26(2):127-33.

Kurebayashi LFS, Oguisso T, Freitas GF. Acupuntura na Enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. *Acta Paul Enferm* 2009;22(2):210-12.

La Marca R, Nedeljkovic M, Yuan L, Maercker A, Ehlert U. Effects os auricular electrical stimulation on vagal activity in health men: evidence from a three-ar med randomized trial. *Clinical Science.* 2010;118: 537-46.

Landgren, K. *Explanatory models for acupuncture. Ear Acupuncture: a practical guide.* New York: Elsevier; 2008. p 37-53.

Lao L, Ezzo J, Berman BM, Hammerschlag R. Avaliação da eficácia Clínica da Acupuntura: considerações para o desenho de futuras pesquisas em acupuntura. In: Stux G, Berman B, Pomeranz B. Basics of Acupuncture, 5nd ed. Berlin: Germany, Springer; 2005. p.207-32.

Lao-Tsé. Tao te ching. São Paulo: Martin Claret; 1991. p 33.

Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de Enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Rev Esc Enferm USP.2007;41(2):287-91.

Levine M. Introduction to clinical nursing. Philadelphia: Davis; 1983.

Lipp MEN, Tanganelli MS. Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre Homens e Mulheres. Psicologia: Reflexão e Crítica.2002;15(3):537-48.

Lipp MEN, organizadora. Stress no Brasil: Pesquisas avançadas. Campinas: Ed. Papirus; 2004.

Lipp MEN. Manual do Inventário de sintomas de stress para adultos. São Paulo:Casa do Psicólogo; 2000.

Lipp MEN. Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco. São Paulo: Papirus; 1996.

Lipp MEN. Stress e suas implicações. Estudos de Psicologia.1984;1(3-4);5-19.

Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em Enfermagem. Texto Contexto Enferm.Florianópolis, 2008;17(4):771-8.

Luz MT. Cultura Contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas no fim do século XX. Physis: Rev. Saúde Coletiva.2005;15 (supl): 145-176.

Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis: Revista. de Saúde Coletiva.1997;7(1):13-43.

Maciocia G. Diagnóstico na Medicina Chinesa. . 2ªed .São Paulo: Roca; 2010.

Maciocia G. Os Fundamentos da Medicina Chinesa: Um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas. 2ªed. São Paulo: Roca, 2007.

MacPherson H; Altaman, DG, Hammerschlag R, Li YP, Wu TX, White A, Moher D. Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement. Australian Journal of Acupuncture and Chinese Medicine. Aust J Acupunct Chin Med 2010;5(2):8-22.

Magnago TSBS, Lisboa MTL, Souza IEO, Moreira MC. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de Enfermagem: associação com condições de trabalho. Rev bras enferm. 2007;60(6):701-5.

Mantle F. Complementary therapies and nursing models. In: Rankin-Box D. The nurse's handbook of complementary therapies. 2nd ed. New York: Baillière Tindall; 2005.p. 63-80.v.9.

Margis, R.; Picon, P.; Cosner, A.F.; Silveira, R.O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Rev Psiq RS.2003;25(supl):65-74.

Miquelin JDL, Carvalho CBO, Gir E, Pelá NTR. Estresse nos profissionais de Enfermagem que atuam em uma Unidade de Pacientes Portadores de HIV-Aids. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2004;16(3):24-31.

Montanholi LL, Tavares DMS, Oliveira GR. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. Rev bras enferm 2006;59(5):661-5.

Morales RR, Morales NMO, Rocha FCG, Fenelon SB, Pinto RMC, Silva CHM. Qualidade de Vida em Portadores de Esclerose Múltipla. Arq Neuropsiquiatr 2007;65(2-B):454-60.

Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a Enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 2005; 13(2):255-61.

Nakai LS. Eficácia de auriculoterapia no tratamento de estresse e ansiedade de estudantes universitários [monografia de conclusão de curso]. São Paulo: Curso de graduação em Fisioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo da USP; 2008.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). National Institutes of Health (NIH). Acupuncture [text on the Internet]. Bethesda, Maryland; 2007. [cited 2011 Jan 20]. Available from: Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/acupuncture/>

Nguyen CR. Nada de cume, sem raiz: acupuntura do ano 2000. Rev Paul de Acupuntura.1997;3(2):55-6.

Nightingale, F. Notas sobre Enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade. Trad. Telma Ribeiro Garcia, Ivone Evangelista Cabral Brasília:Elsevier;2010.

Nogier PMF. Noções práticas de Auriculoterapia. São Paulo: Andrei; 1998.

Nogier R. Auriculotherapy. New York: Thieme; 2009.

Nuñez HMF. Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do Distrito Administrativo 71 – Santo Amaro [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Perspectivas sobre os rumos da Enfermagem; p. 221-34

Oler FG, Jesus AF, Barboza DB, Domingos NAM. Qualidade de vida da equipe de Enfermagem do centro cirúrgico. Arq Ciênc Saúde. 2005;12(2):102-10.

Oleson T. Bases neurofisiológicas da Acupuntura auricular. In: Stux G, Hammerschlag R. Acupuntura clínica. Barueri, SP: Manole; 2005. p.107-24.

Orem D. Nursing: concepts of practice. New York: McGraw-Hill;1985.

Padilha MICS, Vaghetti HH, Brodersen G. Nursing and Gender: a reflexive analysis. R Enferm UERJ 2006;14(2):292-300.

Pereira FAO. Evidências científicas da ação da acupuntura. Perspectivas online, 2005;4(7):88-105.

Pereira MCR, Tramunt G, Dal Ponte ST, Bruch A, Rosa JL, Leopoldo ACR et al Opióides no tratamento de dor crônica não oncológica: metadona como opção terapêutica. Rev Dor. 2007;8(2):1010-3.

Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1999.

Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 7ªed. Philadelphia: Lippincott Willian & Wilkins; 2010.

Reis MG dos, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 maio; 9(3):51-7.

Requena Y. *Acupuntura e Psicologia*. São Paulo: Andrei; 1990.

Richardson J. The use of randomized control trials in complementary therapies: exploring the issues. *J Adv Nurs*. 2000;32(2):398-406.

Rocha MCP, De Martino MMF. Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(2):280-6.

Rodrigues AB, Chaves Rabischong P. Anatomy, embryology and neurophysiology. In: Romoli M. *Auricular acupuncture diagnosis*. Churchill Livingstone Elsevier: 2010. p.15-35.

EC. Fatores estressantes e estratégias de Coping dos enfermeiros atuantes em Oncologia. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008; 16(1):24-8.

Rogers ME. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1970.

Romoli M. *Auricular Acupuncture Diagnosis*. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2010a. The history of the method ;p.1-14.

Romoli M.. *Auricular Acupuncture Diagnosis*. New York: Churchill Livingstone Elsevier;2010b. Inspection of the outer ear. p.55-108.

Rosa AFG, Garcia PA, Vedoato T, Campos RG, Lopes MLS. Incidência de LER/DORT em trabalhadores de Enfermagem. *Acta Sci Health Sci Maringá* 2008;30(1):19-25.

Rosner B. *Fundamental of Biostatistics*.6ed.Belmont(CA): Thomson Higher Education;2006.

Ross J. Zang Fu: *Sistemas de órgãos e vísceras da Medicina Tradicional Chinesa*. 2ªed. São Paulo: Roca, 2003.

Roy C. *Introduction to nursing: an adaptation model*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina baseada em evidências*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

Sadir MA, Bignotto MM, Lipp MEN. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paidéia*.2010; 20(45):73-81.

Salles LF, Kurebayashi LFS, Silva MJP. As práticas complementares e a Enfermagem. In: Salles LF, Silva MJP. Enfermagem e as práticas complementares em Saúde. São Caetano do Sul (São Paulo): Yendis; 2011. p.1-17.

Santos PG. O estresse e a Síndrome de Burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em unidades de pronto-atendimento (UPAS). [dissertação]. São Paulo:Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

São Paulo (Cidade). Lei nº 13.717, de 8 de Janeiro de 2004. Dispõe sobre a implantação das Terapias Naturais na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, 9 jan. 2004. Seção1.

Saris-Baglana RN, Dewey CJ, Chisholm GB, Plumb E, King J, Rasicot P et al QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.0 User's Guide. Lincoln: QualityMetric Incorporated; 2010.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004; 20(2):580-588.

Selye H. Stress – A tensão da vida. 2ª ed. São Paulo: Ibrasa, 1965.

Sharp BA, Hubbard H, Jones CB. News from AHRQ: Evidence-based resources for nurses: agency for healthcare research and quality. Nurs Outlook. 2004;52:215-7.

Silva MJP. O papel da Comunicação na Humanização da Atenção à Saúde. Rev Bioética. 2002;10(2). p.73-88.

Silva JLL, Melo ECP. Estresse e implicações para o trabalhador de Enfermagem. Informe-se em promoção da saúde. 2006;2(2):16-18.

Silva MJP, Leão M.J. Práticas Complementares no alívio da dor. In: Leão, E.R.; Chaves, L.D. Dor: 5º sinal vital. Curitiba: Maio, 2004. p.122-33.

Silva AA, Souza JMP, Borges FNS, Fischer FM. Health- related quality of life and working conditions among nursing providers. Rev Saude Publica. 2010;44(4):718-25.

Snyder M, Lindquist R. Complementary & Alternative Therapies in Nursing. 6ªed. New York: Springer Publishing Company; 2010. Complementary/Alternative Therapies and Cultural Aspects of Care p.3-23.

Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2009;16(2):393-405.

Souza EFAA. *Nutrindo a vitalidade: questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural* [tese]. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2008.

Souza MP. *Tratado de Auriculoterapia*. Brasília: Look Gráfica; 2001.

Stux G, Birch S. Padrões de Tratamento por Acupuntura propostos para Estudos Clínicos. In: Stux G, Berman B, Pomeranz B. *Basics of Acupuncture*, 5nd ed. Berlin: Germany, Springer; 2005. p.189-205.

Tabosa, A.; Yamamura, Y.; Cricenti, S.V. Concepções energéticas do Xin (coração) analisadas sob enfoque da embriologia e da fisiologia cardíacas humanas. *Rev Paul Acupunt*. 1996;2(1): 59-63.

Talheimer W, Cook Samantha. How to calculate effect sizes from published research: a simplified methodology. [cited 2013 Apr 8]. Available from: http://education.gsu.edu/coshima/EPRS8530/Effect_Sizes_pdf4.pdf

Technical Supervision Bureau of ear acupuncture. *The nomenclature and location of ear acupuncture points*. Beiing: Chinese Standard Publishing House: 1993.

The Joanna Briggs Institute. *The JBI Approach to Evidence-Based Practice*. 2008 [texto na Internet]. [cited 2012 Jan 13]. Available from: www.joannabriggs.edu.au

Trevisan C. *O renascimento do Império China*. São Paulo: Planeta; 2006. Os esquecidos; p. 52-9.

Unschuld P. (1985) *Medicine in China: A History of Ideas*. Berkeley, Los Angeles & London: University of California Press;1985.

Vall J, Lemos KIL, Janebro ASI. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de Enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. *Cogitare Enferm*, 2005;10(3):63-70.

Vasconcelos TS. Programas de Gerenciamento do estresse e qualidade de vida no trabalho na área de Segurança Pública. In: Rossi AM, Perrewé PL, Meurs JA. *Stress e Qualidade de Vida no Trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011. p110-26.

Wang B. Huang Di Nei Jing/Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo. Trad. Cruz, José Ricardo Amaral de Souza. São Paulo: Ícone, 2001.

Wang SM; Peloquim C; Kain ZN. The Use of Auricular Acupuncture to Reduce Preoperative Anxiety. *Anesthesia & Analgesia*. 2001;93:1178-80.

Ware JE. SF-36 Health Survey Update. [cited 2011 Fev 6]. Available from <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

Watson J. Nursing: human science and human care, a theory of nursing. New York (USA): National League for Nursing; 1988.

Wen TS. Acupuntura Clássica Chinesa. 12.ed. São Paulo: Cultrix; 2006.

White A. Neurofisiologia da analgesia por acupuntura. In: E, White A. Acupuntura: uma avaliação científica. Barueri(São Paulo):Manole;2001.

World Health Organization (WHO) Regional Office for the Western Pacific. WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region. Geneva: WHO Publications; 2007.[citêd 2011 Jan 17]. Available from: http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/14B298C6-518D-4C00-BE02-FC31EAD3791/0/WHOIST_26JUNE_FINAL.pdf

World Health Organization (WHO). Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. 1991.[cited 2011 Jan 17]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s7144e/s7144e.pdf>

World Health Organization (WHO). The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-10.

World Health Organization (WHO). Tradicional Medicine Strategy: 2002-2005. Geneva: WHO Publications; 2002.

Wu JC. Iniciação ao taoísmo.2ªed. Rio de Janeiro: Mauad; 2001.v.1.

Yamamura Y. Função psíquica na Medicina Tradicional Chinesa. Teoria dos 7 espíritos (Shen), Sentimentos e 5 emoções. *Rev Paul Acupun*. 1996;2:108-15.

Yeh ML, Tsou MY, Lee BY, Chen HH, Chung YC. Effects of auricular acupressure on pain reduction in patient-controlled analgesia after lumbar spine surgery. *Acta Anaesthesiol Taiwan*. 2010;48(3):160.

Zahar SEV, Aldrighi JM, Pinto Neto AM, Conde DM, Zahar LO, Russomano F. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;51(3):133-8.

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título da Pesquisa: Ensaio Clínico: Auriculoterapia Chinesa com e sem protocolo para estresse e melhoria de qualidade de vida da equipe de Enfermagem

Esta pesquisa será realizada em duas fases e tem como objetivo avaliar os níveis de estresse da equipe de Enfermagem do Hospital Samaritano e avaliar a eficácia da auriculoterapia para diminuição de níveis de estresse e melhoria de qualidade de vida destes profissionais. A primeira fase da pesquisa consiste em fazer um levantamento dos níveis de estresse da equipe de Enfermagem e para isso, gostaríamos de convidá-lo a participar respondendo a dois questionários, a Lista de Sintoma de Stress (LSS) e seus dados pessoais.

Caso você apresente a pontuação do LSS entre 40 e 95 e queira participar, poderá ser convidado(a) a participar da segunda fase, que diz respeito ao tratamento do estresse com auriculoterapia. Sua participação será voluntária e haverá um sorteio para ver em qual grupo você cairá. Os participantes serão divididos em 3 grupos e um deles é o Grupo Controle, que não recebe nenhum tipo de intervenção, enquanto que os demais 2 grupos receberão tratamento com auriculoterapia. Independente do grupo que você for sorteado, você terá que responder ao mesmo questionário mais duas vezes, após 6 semanas e após 75 dias do preenchimento deste primeiro.

O tratamento com auriculoterapia será feito durante 12 sessões, 2 vezes por semana, por seis semanas no próprio Hospital Samaritano, na sala de entrevista da UTI-Adulto do Hospital, com os horários a combinar e será feito com a colocação de pequenas agulhas chamadas de semipermanentes. Aqueles que forem sorteados para o Grupo Controle (sem intervenções) poderão ser atendidos, se assim o desejarem, após 75 dias, no Hospital Samaritano pelo mesmo período de tempo de 6 semanas ou no Instituto de Terapia Integrada e Oriental, no seguinte endereço: R.Vieira Fazenda, 80, Vila Mariana.

Não será fornecido auxílio financeiro para gastos com transportes ou alimentação. O estudo não acarretará em nenhum custo para você, pois será realizado no Hospital Samaritano, em horário que lhe for conveniente. O TCLE será elaborado em 2(duas) vias e uma ficará para você e a outra com o pesquisador.

2. Esclarecimentos sobre as garantias do sujeito da pesquisa

Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para tirar eventuais dúvidas. Terá liberdade de retirar seu

consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Serão salvaguardadas sua privacidade e identidade, que será mantida em sigilo.

O procedimento da auriculoterapia oferece um risco mínimo imediato para aquelas pessoas que são alérgicas ao aço cirúrgico, álcool 70% e micropore, pois estas podem responder com reações de hipersensibilidade, como por exemplo vermelhidão local ou coceira. Caso isto aconteça, **retire as agulhas** e comunique o pesquisador responsável para que possa ser orientado. A assistência em caso de eventuais respostas indesejáveis decorrentes da pesquisa **tais como coceira local, dor, incômodo ao toque e ou vermelhidão no local** poderá ser realizada no Instituto de Terapia Integrada e Oriental, instituição em que trabalha a pesquisadora responsável ou você será encaminhado para a Medicina do Trabalho Institucional e atendido no próprio Hospital Samaritano. Na presença de algum problema de saúde anterior ao início da pesquisa, você será orientado a buscar acompanhamento médico de sua preferência e poderá ser excluído da amostra.

Os dados da pesquisa serão analisados posteriormente e utilizados para publicações em revistas da área da saúde e de Enfermagem. A sua participação poderá contribuir para o conhecimento sobre a eficácia da auriculoterapia no estresse e suas possibilidades como uma intervenção para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de outras pessoas, em especial, da equipe de Enfermagem.

3. Nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de intercorrências ou dúvidas.

Investigadora Principal:

Maria Júlia Paes da Silva (orientadora); Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565. CEP: 05508-000 São Paulo – SP; Telefone: (11) 3091 9475.

Orientada: Leonice F.S. Kurebayashi (pesquisadora); R. Vieira Fazenda, CEP: 04117-030 São Paulo-SP; Telefone: (11) 5575 4251; celular: (11) 9112-6023

Caso você tenha alguma dúvida quanto à natureza ética do estudo: Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: edipesq@usp.br

4. Consentimento Pós-informado

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo, intitulado **Ensaio Clínico: Auriculoterapia Chinesa com e sem protocolo para estresse e melhoria de qualidade de vida da equipe de Enfermagem.**”

São Paulo, de de 2011.

Ass. do Participante

Maria Julia Paes da Silva

Leonice Fumiko Sato Kurebayashi

APÊNDICE II- DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome _____
Endereço _____ Bairro _____
Tel. _____ Idade _____ sexo _____
Estado civil _____ Filhos _____ Escolaridade _____
Cargo/Função _____ Turno _____ Setor _____ Tempo de
Hospital _____ Tempo de setor _____ Doença de base _____

1. Uso de ansiolíticos, anti-depressivos.....

1. não () 2. sim ()

2. Tem pedras nos rins com indicação cirúrgica?.....

1. não () 2. sim ()

3. Está grávida?.....

1. não () 2. sim ()

4. Faz terapia psicológica?.....

1. não () 2. sim ()

5. Faz terapia manual ou energética?.....

1. não () 2. sim ()

Se sim, qual? _____

6. Sairá de férias ou licença nos próximos 2 meses?.....

1. não () 2. sim ()

7. Você gostaria de fazer o tratamento na fase 2?

1. não () 2. sim ()

ANEXO 1 - LSS

Nome: _____

Por favor, indique com qual frequência você apresenta os sintomas descritos abaixo.

Assinale o número correspondente a sua resposta, obedecendo o seguinte critério:

0 = nunca

1 = poucas vezes

2 = frequentemente

3 = sempre

No.	Sintoma:	Concordo:			
1.	Sinto a respiração ofegante.	0	1	2	3
2.	Qualquer coisa me apavora.	0	1	2	3
3.	Tenho taquicardia.	0	1	2	3
4.	Tenho a sensação que vou desmaiar.	0	1	2	3
5.	No final de um dia de trabalho, sinto-me desgastado.	0	1	2	3
6.	Sinto falta de apetite.	0	1	2	3
7.	Como demais.	0	1	2	3
8.	Rôo as unhas.	0	1	2	3
9.	Tenho pensamentos que provocam ansiedade.	0	1	2	3
10.	Sinto-me alienado.	0	1	2	3
11.	Ranjo os dentes.	0	1	2	3
12.	Aperto as mandíbulas.	0	1	2	3
13.	Quando me levanto de manhã já estou cansado.	0	1	2	3
14.	Tenho medo.	0	1	2	3
15.	Tenho desânimo.	0	1	2	3
16.	Fico esgotado (a) emocionalmente.	0	1	2	3
17.	Sinto angústia.	0	1	2	3
18.	Noto que minhas forças estão no fim.	0	1	2	3
19.	Minha pressão é alta.	0	1	2	3
20.	Apresento distúrbio gastrintestinais.	0	1	2	3
21.	Tenho cansaço.	0	1	2	3
22.	Costumo faltar ao meu trabalho.	0	1	2	3
23.	Sinto dores nas costas.	0	1	2	3
24.	Tenho insônia.	0	1	2	3
25.	Sinto raiva.	0	1	2	3
26.	Qualquer coisa me irrita.	0	1	2	3
27.	Sinto náuseas.	0	1	2	3
28.	Fico afônico (a).	0	1	2	3
29.	Não tenho vontade de fazer as coisas.	0	1	2	3
30.	Tenho dificuldades de relacionamento.	0	1	2	3
31.	Ouço zumbidos no ouvido.	0	1	2	3
32.	Fumo demais.	0	1	2	3
33.	Sinto sobrecarga de trabalho.	0	1	2	3
34.	Sinto depressão.	0	1	2	3
35.	Esqueço-me das coisas.	0	1	2	3

36.	Sinto o corpo coberto de suor frio.	0	1	2	3
37.	Sinto os olhos lacrimejando e a visão embaçada.	0	1	2	3
38.	Sinto exaustão física.	0	1	2	3
39.	Tenho sono exagerado.	0	1	2	3
40.	Sinto insegurança.	0	1	2	3
41.	Sinto pressão no peito	0	1	2	3
42.	Sinto preocupações.	0	1	2	3
43.	Sinto insatisfação com meu trabalho.	0	1	2	3
44.	Tenho dor de cabeça.	0	1	2	3
45.	Tenho as mãos e/ou os pés frios.	0	1	2	3
46.	Tenho a boca seca.	0	1	2	3
47.	Sinto que meu desempenho no trabalho está limitado.	0	1	2	3
48.	Tenho pesadelos.	0	1	2	3
49.	Tenho um nó no estômago.	0	1	2	3
50.	Tenho dúvidas sobre mim mesmo(a).	0	1	2	3
51.	Sofro de enxaqueca.	0	1	2	3
52.	Meu apetite oscila muito.	0	1	2	3
53.	Tem dias que, de repente, tenho diarreia.	0	1	2	3
54.	Minha vida sexual está difícil.	0	1	2	3
55.	Meus músculos estão sempre tensos.	0	1	2	3
56.	Tenho vontade de abandonar tudo que estou fazendo.	0	1	2	3
57.	Tenho discutido frequentemente com meus amigos e familiares.	0	1	2	3
58.	Evito festas, jogos e reuniões sociais.	0	1	2	3
59.	Tenho vontade de ficar sozinho.	0	1	2	3

Pontuação:

1 (poucas vezes) x _____ questões = _____ pontos
2 (frequentemente) x _____ questões = _____ pontos
3 (sempre) x _____ questões = _____ pontos

TOTAL = _____ pontos

**ANEXO 2 – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS
PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)**

Nome: _____

Fase de Alerta

Quadro 1a

a. Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 1. Mãos e pés frios
- () 2. Boca seca
- () 3. Nó no estômago
- () 4. Aumento da sudorese (Muito suor, suadeira)
- () 5. Tensão muscular
- () 6. Aperto da mandíbula/ranger os dentes
- () 7. Diarréia passageira
- () 8. Insônia (Dificuldade para dormir)
- () 9. Taquicardia (batedeira no peito)
- () 10. Hiperventilação (respirar ofegante, rápido)
- () 11. Hipertensão arterial súbita e passageira (Pressão alta)
- () 12. Mudança de apetite

Quadro 1b

b. Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- () 13. Aumento súbito de motivação
- () 14. Entusiasmo súbito
- () 15. Vontade súbita de iniciar novos projetos/serviços

Fase de resistência ou adaptação

Quadro 2a

a. Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 1. Problemas com a memória
- () 2. Mal-estar generalizado, sem causa específica
- () 3. Formigamento das extremidades
- () 4. Sensação de desgaste físico constante
- () 5. Mudança de apetite
- () 6. Aparecimento de problemas dermatológicos (problemas de pele)
- () 7. Hipertensão arterial (Pressão alta)
- () 8. Cansaço constante

- ☐ 9. Aparecimento de úlcera
- ☐ 10. Tontura/sensação de estar flutuando

Quadro 2b

b. Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- ☐ 11. Sensibilidade emotiva excessiva (estar muito nervoso)
- ☐ 12. Dúvida quanto a si próprio
- ☐ 13. Pensar constantemente em um só assunto
- ☐ 14. Irritabilidade excessiva
- ☐ 15. Diminuição da libido (Sem vontade de sexo)

Fase de exaustão

Quadro 3a

a. Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ☐ 1. Diarréia frequente
- ☐ 2. Dificuldades sexuais
- ☐ 3. Insônia (Dificuldade para dormir)
- ☐ 4. Náusea
- ☐ 5. Tiques
- ☐ 6. Hipertensão arterial continuada (Pressão alta)
- ☐ 7. Problema dermatológicos prolongados (Problemas de pele)
- ☐ 8. Mudança extrema de apetite
- ☐ 9. Excesso de gases
- ☐ 10. Tontura frequente
- ☐ 11. Úlcera
- ☐ 12. Enfarte

Quadro 3b

b. Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ☐ 13. Impossibilidade de trabalhar
- ☐ 14. Pesadelos
- ☐ 15. Sensação de incompetências em todas as áreas
- ☐ 16. Vontade de fugir de tudo
- ☐ 17. Apatia, depressão ou raiva prolongada
- ☐ 18. Cansaço excessivo
- ☐ 19. Pensar/ falar constantemente em um só assunto
- ☐ 20. Irritabilidade sem causa aparente
- ☐ 21. Angústia/ansiedade diária
- ☐ 22. Hipersensibilidade emotiva
- ☐ 23. Perda de senso de humor

ANEXO IV: FICHA DE AVALIAÇÃO DE MTC

Nome: _____

Data: ____/____/____

1. Queixa

Principal: _____

2. Co-morbidades e

Histórico: _____

3. Inspeção

3.1. Língua:

☐ Pálida e seca (def. <i>Xue</i>)	☐ Com saburra branca (frio interno)
☐ Pálida e úmida (def. <i>Yang Qi</i>)	☐ Com saburra amarela (calor interno)
☐ Vermelha (calor, def. <i>Yin Qi</i>)	☐ Sem saburra (Insuficiência de <i>Qi</i> do E)
☐ Vermelha com áreas avermelhadas (estag. de <i>Xue</i>)	☐ Denteada (umidade, def. <i>Qi</i> do BP)
☐ Ulcerada e vermelha (ascensão de fogo do C)	☐ Inchada (umidade em BP)
☐ Com fissuras (calor excessivo, def. <i>Yin Qi</i> do R)	☐ Púrpura ou violácea (estase de <i>Xue</i>)

3.2 Cor da pele

☐ Face rósea (normal)	☐ Face esverdeada ou azulada (estag. <i>Qi</i> do F, dor grave)
☐ Face opaca (def. <i>Qi</i>)	☐ Face escurecida (def. de R)
☐ Face pálida (def. <i>Qi</i> e <i>Xue</i> , def. <i>Qi</i> do C, frio)	☐ Face amarelada (E e BP)
☐ Face avermelhada (ascensão do fogo do F, calor)	

3.3. Expressão do rosto: _____

3.4. Cabeça e cabelos: _____

3.5. Olhos (brilho, aspecto, coloração, movimentos, edema de pálpebras): _____

3.6. Nariz (deformidades, secreções): _____

3.7. Orelhas (coloração, brilho, aspecto interior): _____

3.8. Lábios, dentes, gengiva, garganta (cor, umidade, forma, ulceração, morfologia): _____

3.9. Pele (alterações da cor, textura, cicatrizes, alterações morfológicas): _____

4. Auscultação

4.1. Fala

- ☐ Fala normal ☐ Pouca fala (sindr. Defic., *Qi* perv.frio ou lesão interna)
- ☐ Fala baixo (síndrome de def. , frio) ☐ Sem fala (frio interno, lesão interna)
- ☐ Fala alta (sindr.excesso, calor) ☐ Afonia súbita (estase de *Qi* do P, obstr. *Qi* do P)
- ☐ Fala muito (def. *Yin* do C) ☐ Rouquidão, afonia gradual (def. *Yin Qi* do P e R)
- ☐ Gagueira (obstr.colaterais *Qi* perv.vento/flegma) ☐ Fala incoerente (debilidade do C)

4.2. Respiração

- ☐ Respiração normal ☐ Tosse clara (*Qi* perverso vento/calor ou flegma/calor P)
- ☐ Respiração fraca (def. *Qi* do C e P) ☐ Respir.forçada (flegma, *Qi* perverso umidade em P)
- ☐ Falta de ar (def. *Qi* do P) ☐ Dispnéia (estase de *Qi* do P)
- ☐ Suspiro (estase do *Qi* do F) ☐ Tosse rouca (*Qi* perv. vento-frio ou frio/flegma no P)
- ☐ Tosse seca (*Qi* perverso secura, def. *Yin* do P)

5. Interrogatório

5.1. Transpiração

- ☐ Sua pouco (normal) ☐ Suor frio (def. *Yang Qi*)
- ☐ Não sua (*Qi* perverso frio, def. *Yang Qi*, def. *Xue*) ☐ Suor nas mãos e pés (debilidade de *Yin R/C*)
- ☐ Sua muito (*Qi* perverso vento/calor) ☐ Suor cabeça (def. *Yin Qi*, calor E)
- ☐ Suor noturno (def. *Yin Qi*, calor interno)

5.2. Sono

- ☐ Dorme bem ☐ Insônia ☐ Muito sono ☐ Pouco sono ☐ Sonhos

5.3. Emoções

- ☐ Medo ☐ Preocupação/Pensamento excessivo ☐ Raiva/Irritabilidade
- ☐ Tristeza ☐ Alegria ☐ Ansiedade

Obs: _____

5.4. Alimentação

- ☐ Come com regularidade (normal)
- ☐ Come muito (calor no E)
- ☐ Come pouco (def. *Qi* do BP, calor/umidade em BP, retenção de alimentos no E)
- ☐ Sem apetite (vazio de *Qi* em BP e E)
- ☐ Prefere alimentos quentes (síndrome de frio)
- ☐ Prefere alimentos frios (síndrome de calor)

5.5. Sabores (preferência):

- () Salgado (def. *Qi* do R) () Picante (def. *Qi* do P) () Azedo/ácido
 (estagnação de *Qi* do F)
 () Doce (def. *Qi* do BP) () Amargo (def. *Qi* do C)

5.6. Sede

- () Sem sede (plenitude e *Qi* perverso frio/umidade em BP)
 () Pouca sede (def. *Yang Qi*, estagnação em meridianos, acúmulo de frio no E)
 () Muita sede (calor interno)
 () Preferência por água gelada (calor interno)

Quanto bebe por dia? _____

5.7 Disfunções gastro-intestinais

- () Halitose (retenção de alimentos no E)
 () Azia (*Qi* do E em ascensão)
 () Náuseas (enjôos) (*Qi* perverso calor-umidade em E)
 () Gastrite (*Qi* perverso calor em E)
 () Constipação (*Qi* perverso calor em IG)
 () Diarréia (*Qi* perverso calor ou frio/umidade)

5.8. Excreções

5.8.1. Fezes

- () Fezes bem formadas (Normal) () Fezes c/muco (*Qi* perv.umid./frio no IG)
 () Diarréia seguida de alívio (def. *Yang Qi* do R) () Diarréia c/ alimentos ã digeridos (def. *Qi* de BP)
 () Fezes secas (calor interno/def. *Yin Qi*) () Fezes com sangue (*Qi* perv. calor no IG)
 () Fezes retidas (excesso de *Yin Qi* do R)
 () Fezes finas com água (*Qi* perverso umidade/frio em BP e E)

Quantas vezes? _____

5.8.2. Urina

- () Urina normal () Incontinência/solta (def. *Qi* do R, afundam/ *Qi* do BP)
 () Escura (*Qi* perv.calor em R e B) () Com sangue /retenção (*Qi* perv.calor/umid. em B)
 () Clara (*Qi* perverso frio) () Noctúria (def. *Yang Qi* do R)
 () Muita (def. *Yang Qi* R, *Qi* perv. calor/umid. B) () Enurese noturna (def. de *Qi* do R, disf. de B)
 () Pouca (síndrome de calor)

5.9. Menstruação

- () Ciclo regular e normal
 () Ciclo prolongado e escasso com coloração clara (def. de *Qi* e *Xue*, *Qi* perverso frio)
 () Menorragia/ciclo diminuído com muito sangue e coloração escura (estagnação de sangue, calor no sangue, Def. *Qi* de BP, hiperatividade do *Yang Qi* do F)
 () Metrorragia/ Irregular (estagnação e *Qi* perverso calor em *Xue*)

- () Dismenorréia/cólicas (estagnação de *Qi* e *Xue* do F)
- () Amenorréia (def. *Qi* + *Xue*, def. *Xue* do F)
- () Leucorréia com corimento branco, e aquoso (def. de *Yang Qi* do BP e do R)
- () Leucorréia espessa com cor amarela e odor desagradável (*Qi* perverso umidade-calor em TA inferior)

Tempo de duração da menstruação? _____ Tempo do ciclo? ____

5.10. Órgão dos sentidos

5.10.1. Olhos e visão

- () Normal
- () Fraca (estagnação de *Qi* do F, def. de *Yin Qi* na B e R)
- () Turva (*Qi* perverso vento, def. *Xue* do F).
- () Vermelhidão (fogo, ascensão do *Yang Qi* do F)
- () Secura (vazio de *Yin Qi* do F)
- () Lacrimejamento (*Qi* perverso vento)

5.10.2. Ouvidos e Audição

- () Normal
- () Zumbido (def. *Yin Qi* na B e R., vento)
- () Prurido (coceira)
- () Fraca (def. *Yin Qi* da B e R.)
- () Surdez (def. sangue no C, def. *Yin Qi* na B e R).
- () Surdez súbita (fogo no F)

5.10.3. Nariz e olfato

- () Normal
- () Fraco (def. *Yin Qi* dos P, *Qi* perverso vento/frio)
- () Anosmia (debilidade de IG)
- () Coriza/mucosidade (*Qi* perverso calor no P)
- () Prurido (*Qi* perverso vento no P)
- () Obstrução (*Qi* perverso vento no P)

5.10.4. Tato

- () Normal
- () Fraco (def. *Qi* do C)

5.10.5. Boca e gosto

- () Lábios rosados (normais)
- () Lábios azulados (estase de *Xue* do C)
- () Lábios pálidos (*Qi* perverso frio/umidade em BP)
- () Lábios brancos (def. de *Yin Qi* e *Xue* do C)
- () Salivação (*Qi* perverso umidade em BP)
- () Secura (*Xie* em P e *Wei Qi*)
- () Garganta seca (subida do Fogo do F)
- () Boca amarga (*Qi* perverso calor/umidade em F e VB)
- () Sangramentos (def. de *Qi* do BP)

6. Dores

6.1. Coluna

- () Sem dores () Cervical () Torácica () Lombar

Obs: _____

6.2. Dores periféricas em membros superiores e inferiores

6.2.1. Dores musculares

- () Sem dores
 () Tendinites (estagnação de *Qi* do F)
 () Dor migratória muscular (*Qi* perverso vento)
 () Espasmo agudo, facada, pontada, inflamação (Vazio de *Yin Qi*, *Qi* perverso calor)
 () Câimbras (def. *Xue* do F)
 () Contraturas, queimação, contínua e profunda (*Qi* perverso frio, vazio de *Yang Qi*)

Localização de dor/

Observações: _____

6.3. Abdome

- () Dores epigástricas (*Qi* perverso frio no E)
 () Dor no hipocôndrio tipo pontada (estase de *Qi* do F)

Obs: _____

6.4. Tórax

- () Dores (alterações patológicas do C e P)
 () Opressão (*Qi* perverso frio e umidade no P)

Obs: _____

6.5. Dores de cabeça

- () Frontal (retenção de alimentos no E) () Temporal (hiperat. *Yang Qi* do F, calor/tumid. F e VB)
 () Orbital (def. *Xue* do F) () Occipital (distúrbio de B e ID)

7. Pulsologia

Direita (*Yin*)

Esquerda (*Yin*)

METAL - P _____ FOGO - C _____
 TERRA - BP _____ MADEIRA - F _____
 FOGO - JCS _____ ÁGUA - R _____

Direita (*Yang*)

Esquerda (*Yang*)

METAL - IG _____ FOGO - ID _____
 TERRA - E _____ MADEIRA - VB _____
 FOGO - TA _____ ÁGUA - B _____

8. Diagnóstico

energético: _____

9. Tratamento de Auriculoterapia

Sessão 1: Data e Pontos

Sessão 2:

Sessão 3:

Sessão 4:

Sessão 5:

Sessão 6:

Sessão 7:

Sessão 8:

Sessão 9:

Sessão 10:

Sessão 11:

Sessão 12:

TERAPEUTA

Nome: _____

Sua Saúde e Bem-Estar

Este questionário lhe pergunta sua opinião sobre sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como você se sente, e como você é capaz de desempenhar suas atividades usuais. *Muito obrigado por responder a este questionário!*

Por favor, para cada uma das perguntas a seguir marque com um ☐ o quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano	Um pouco melhor agora do que há um ano	Quase a mesma de um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano	Muito pior agora do que há um ano

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. As seguintes perguntas são sobre atividades que você poderia fazer durante um dia comum. A sua saúde limita você nestas atividades? Se for o caso, o quanto?

	Sim, <u>limita</u> muito	Sim, <u>limita</u> um pouco	Não, não <u>limita</u> nem um pouco
a. <u>Atividades vigorosas</u> , tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
b. <u>Atividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadar	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
c. Levantar ou carregar compras de supermercado.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
d. Subir <u>vários</u> lances de escada.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
e. Subir <u>um</u> lance de escada.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
g. Andar <u>mais de 1</u> quilômetro.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
h. Andar <u>várias centenas de metros</u>	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
i. Andar <u>cem metros</u>	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3
j. Tomar banho ou vestir-se.....	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3

4. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de sua saúde física?

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Diminuiu o <u>tempo</u> em que você trabalhava ou fazia outras atividades?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
b. <u>Realizou menos</u> do que você gostaria?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
c. Esteve limitado no <u>tipo</u> de trabalho ou em outras atividades?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
d. Teve <u>dificuldade</u> em fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5

5. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de qualquer problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
3 Diminuiu o <u>tempo</u> em que você trabalhava ou fazia outras atividades?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3 Realizou <u>menos</u> do que você gostaria?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3 Trabalhou ou fez qualquer outra atividade <u>sem o cuidado habitual</u> ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Nas últimas 4 semanas, o quanto sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais normais, em relação a família, amigos, vizinhos ou em grupo?

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

7. Quanta dor no corpo você teve nas últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Severa	Muito severa
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Nas últimas 4 semanas, o quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?

De forma nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Estas perguntas são sobre como você se sente e como as coisas aconteceram com você nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você tem se sentido. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo...

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

a você se sentiu cheio de vida?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b você se sentiu muito nervoso?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c você se sentiu tão deprimido que nada podia animá-lo?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d você se sentiu calmo e tranquilo?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e você se sentiu com muita energia?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f você se sentiu desanimado e deprimido?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g você se sentiu esgotado?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h você se sentiu feliz?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i você se sentiu cansado?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

10. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. O quão VERDADEIRA ou FALSA é cada uma das seguintes afirmações para você?

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do que outras pessoas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d. Minha saúde é excelente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Muito obrigado por responder a este questionário!

APÊNDICE III

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipees@usp.br

São Paulo, 27 de julho de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Leonice Fumiko Sato Kurebayashi

Ref.: Processo nº 1042/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0050.0.196.196-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **"Ensaio clínico: acupunctoterapia chinesa com e sem protocolo para estresse e melhoria de qualidade de vida da equipe de enfermagem"**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Paulo Meneghin
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

APÊNDICE IV

São Paulo, 03 de outubro de 2011.

À

Sra. Leonice Fumiko Sato Kurebayashi

Ref.: PROJETO DE PESQUISA: "Ensaio Clínico: Auriculoterapia chinesa com e sem protocolo para estresse e melhoria de qualidade de vida da equipe de enfermagem"

Prezada senhora,

Em atenção a sua solicitação para avaliação do documento em referência, o Comitê de Ética em Pesquisa, por intermédio de seu Coordenador **APROVA** a realização da pesquisa nos termos e métodos previstos, desde que observada a seguinte determinação:

- Manter o Comitê informado sobre o trabalho realizado, encaminhando-lhe relatório de acompanhamento e, ao final, o resultado da pesquisa inserido no contexto do projeto.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Dr. Roberto Alexandre Franken

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa