

ADRIANA NISHIMOTO KINOSHITA

**Motivos de abandono ao tratamento dos pacientes do
ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da
Universidade Federal de Santa Catarina**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010**

ADRIANA NISHIMOTO KINOSHITA

**Motivos de abandono do tratamento dos pacientes do
ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da
Universidade Federal de Santa Catarina**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Professor Orientador: Prof. Dr. Li Shih Min**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010**

*Aos meus pais Eduardo e Elza
pelo amor e apoio incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e à minha irmã pelo grande amor e carinho dedicado a mim e pelo apoio mesmo que distante durante toda minha caminhada universitária.

Ao meu namorado, Alexandre, pelo amor, companheirismo e paciência durante todos estes anos em que estamos juntos.

Aos meus amigos, que me acompanharam e dividiram comigo tantos momentos inesquecíveis nesses seis anos

Ao professor Dr. Li Shih Min pelo exemplo de profissional e pela idéia e orientação deste trabalho.

A Dr. Lilian Diesel

Aos funcionários do ambulatório de Acupuntura do HU pelo auxílio na coleta dos dados.

RESUMO

Introdução:.

Objetivos:

Métodos:

Resultados:

Conclusões:

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
ULS	Unidade Local de Saúde
HU	Hospital Universitário

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características sócio-demográficas dos pacientes em tratamento no Ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, entre 01 de outubro de 2009 a 31 de março de 2010.(variáveis nominais e ordinais).....07
- Tabela 2** – Queixas dos pacientes classificadas por capítulos (primeiro caractere) da CID 10.....07
- Tabela 3** – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M).....07
- Tabela 4** – Doenças relacionadas a outros capítulos da CID 10.....07
- Tabela 5** – Relação entre alta e taxa de abandono dos pacientes atendidos no ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, entre 01 de outubro de 2009 a 31 de março de 2010.....07
- Tabela 6** – Distribuição por número de sessão dos pacientes que abandonaram o tratamento no ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, entre 01 de outubro de 2009 a 31 de março de 2010.....07

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	38
--	----

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE ANEXOS	ix
SUMÁRIO	x
1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVO	03
3 MÉTODOS	04
4 RESULTADOS	07
5 DISCUSSÃO	28
6 CONCLUSÕES	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
NORMAS ADOTADAS	38
ANEXOS	39
APÊNDICES	41

1. INTRODUÇÃO

1.1 Acupuntura

Acupuntura é um método terapêutico que envolve, basicamente, a inserção de agulhas finas em pontos específicos do corpo humano, mas também é frequentemente usada em combinação com a moxabustão (técnica de aquecimento dos pontos de Acupuntura) e pode envolver outros tipos de estimulação sobre esses pontos. **(Abc acup)**

É baseado em uma complexa estrutura teórica de princípios conceituais e terapêuticos da Medicina Tradicional Chinesa¹, que tem como modelo uma abordagem holística, subjetiva, que tenta esclarecer inter-relações e vê corpo e mente como sendo componentes interconectados e inseparáveis.⁹ Há registros que este é o procedimento mais antigo da história da medicina.**1**

Os Pontos de Acupuntura são conhecidos em chinês como *Shu Xue*. A palavra *Shu* significa passagem ou comunicação, enquanto a palavra *Xue* significa cavidade ou buraco. Portanto, *Shu Xue* representa aberturas ou buracos na pele de comunicação ou transporte². Os Pontos de Acupuntura foram descobertos através do conhecimento empírico adquirido na prática clínica no decorrer dos séculos.

Durante a era da Pedra Lascada, as pedras *Bian* (agulhas de pedra) eram utilizadas para puncionar, promover sangria ou drenar abscessos. Com o passar do tempo, percebeu-se que a manipulação em determinados locais do corpo aliviava os desconfortos e/ou curava determinadas doenças³. Por meio de observação criteriosa e sistemática os chineses notaram que havia uma sensação peculiar de entorpecimento, peso ou choque, relacionada com o estímulo dos pontos, a qual chamaram de *De Qi*. Também perceberam que havia um padrão comum do trajeto de irradiação desta sensação para regiões distantes do corpo. **(abc acupuntura)**

A sensação *De Qi* geralmente percorria pequenos trechos, assim, se o local onde terminava a sensação fosse agulhado havia a transmissão por mais um trecho. Dessa maneira novos pontos foram descobertos e ao se traçar linhas entre eles acabaram-se delimitando o trajeto dos Meridianos.**4**

Inicialmente, os pontos não possuíam localização bem definida ou nomes próprios. Descobertas arqueológicas do III século a.C. trouxeram os mais antigos

registros escritos dos Pontos de Acupuntura e trajeto de Meridianos.³⁵ A compilação de conhecimentos sobre os Pontos e Meridianos encontram-se em capítulos de livros chineses como Nei Jing (Estados Combatentes, 475 a.C.) com registro de 160 Pontos, Jia Yi Jing (dinastia Jin ,256 d.C.) com a localização e indicação de 349 Pontos e, no Zheng Jiu Feng Yuan (dinastia Qing, 1817 d.C.) com registros de 361 Pontos localizados nos 14 Meridianos, que são aplicados até hoje. **5**

Segundo a teoria da Medicina Tradicional Chinesa, os Meridianos foram traduzidos do termo Jing (que significa via de transporte), e eles formam um sistema que abrange todo corpo e ligam-se uns aos outros em sequência. Também são eles que estabelecem conexões e comunicações entre órgãos e vísceras, pele, membros e orifícios, e assim permitem a integração de diferentes partes do corpo, de forma a manter uma condição harmoniosa no organismo.**6**

No último século, a prática da Acupuntura proliferou em muitos países ocidentais e sua popularidade continua crescendo. **7** Assim como o interesse em pesquisar a eficácia e efetividade da Acupuntura em diversas condições.**8**

Até a década de setenta as evidências para o uso da Acupuntura restringiam-se a histórias baseadas em fatos, com uma enorme coleção de casos advindos da Medicina Tradicional Chinesa⁹. Porém nos últimos 25 anos, essa situação mudou consideravelmente, pois muitos estudos clínicos e experimentais nos moldes da medicina ocidental vêm demonstrando a eficácia e efetividade da acupuntura em diversas condições.**10**

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde publicou um artigo de revisão indicando a terapia com Acupuntura para uma relação de mais de cem doenças, como por exemplo: depressão, cefaléia, rinite, cervicalgia, dor lombar e ciática, dor em joelhos, torções, epicondilite lateral, náuseas e vômitos, epigastralgia, entre outras. **11**

Com o crescimento da popularidade da Acupuntura no ocidente e com a formação de profissionais técnico e cientificamente qualificados para sua prática, houve um grande aumento na quantidade e qualidade da pesquisa nesta área. **12**

No Brasil, a Acupuntura foi reconhecida como especialidade médica em agosto de 1995, e em 2002, foi criado o programa de residência médica em Acupuntura que da mesma forma que outras residências médicas, o médico pode optar em realizar um treinamento intensivo de 5760 horas para tornar-se especialista em Acupuntura. **13**

Em 3 de maio de 2006, foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006 [BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares \(PNPIC\) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial \[da\] República Federativa do Brasil – Edição Número 84, p. 20-24. Brasília, DF, de 4 de maio de 2006a.](#), que inclui no SUS as práticas integrativas e complementares com definição de objetivos e diretrizes gerais e específicas para cada grande área de atuação das práticas, entre elas a Acupuntura. [\(diretrizes do nasf\)](#) E a integração da PNPIC na atenção básica aconteceu através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que são compostos por no mínimo cinco profissionais de nível superior, entre eles: Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Profissional da Educação Física, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Médico Acupunturista, Médico Pediatra, e Médico Psiquiatra. Este núcleo é vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família. [BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. Diário Oficial \[da\] República Federativa do Brasil, Edição nº 43, de 4 de março de 2008a, pp. 38-42, Brasília-DF: 2008.](#)

O ambulatório de acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em funcionamento desde 1993, além da função de atendimento a pacientes, este ambulatório tem o compromisso de formar médicos acupunturistas, sendo o local em que é desenvolvida grande parte da formação prática dos médicos residentes de Acupuntura deste hospital.

Este ambulatório atende pacientes provenientes do SUS, com as mais diversas queixas. Abre-se a agenda para novas consultas a cada dois meses, sendo que para cada paciente é garantido o agendamento de pelo menos 8 sessões, sendo 1 sessão por semana. E assim como muitos outros ambulatórios, o serviço dispõe de uma recepcionista e a rotina de marcações das consultas subseqüentes dos pacientes é realizada através da determinação de um horário fixo de chegada a todos os pacientes do turno, sendo a ordem de atendimento a mesma da chegada. O atendimento pode ser realizado pelos acadêmicos com supervisão, ou, pelo médico residente, ou mesmo pelo médico acupunturista responsável pela agenda.

[Falar sobre etapa do atendimento e logística do ambulatório – ver artigo li](#)

O tratamento por Acupuntura difere da terapêutica medicamentosa, porque exige que os pacientes se desloquem e compareçam ao ambulatório. A provisão de oferta

ambulatorial depende do comparecimento dos pacientes para gestão da agenda, sendo importante a aderência ao tratamento.

1.2 Relação médico paciente e aderência ao tratamento

A atividade médica, historicamente, caracteriza-se por uma prática de meios e não apenas de resultados. No início deste século, a medicina contava com médicos rigorosamente treinados, que iam à casa do paciente e ficavam de vigília ao pé da cama. Conheciam o doente como pessoa, bem como sua família, e possuíam sólida noção dos estresses psicológicos e sociais relacionados ao paciente. Mas com o desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética, os médicos passaram a seguir o modelo biomédico centrado na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente, pela sua subjetividade.¹⁴

Incentivados pelo grande avanço tecnológico na área médica, houve uma grande valorização da racionalização científica da medicina moderna, baseada numa mensuração objetiva e quantitativa, bem como, na visão dualista mente-corpo ¹⁵, e sobre essas influências o médico humanista passou a ser visto como menos eficiente.

Ainda nesse contexto, o modelo paternalístico, na qual a decisão tomada pelo médico não leva em conta os desejos, crenças ou opiniões do paciente, em que o médico exerce não só a sua autoridade, mas também o poder na relação com o paciente ¹⁶ tem sido contestado e novos modelos para essa relação estão sendo desenvolvidos, pois a relação entre a autoridade do médico e o controle sobre os cuidados do paciente está sob a influência de vários fatores externos. ¹⁷

Para muitos a relação médico paciente ainda é considerada como produtora de ansiedade, principalmente pelas classes populares, porque não possuíam critérios objetivos de avaliação, enfatizando as dificuldades com o padrão comunicacional. ¹⁸

Quando o paciente procura o médico, há algumas expectativas e esperanças que são comuns: o paciente deseja ser ouvido com sincera atenção, tem a expectativa que o médico se interesse por ele e não apenas por sua doença, espera que seu médico seja tecnicamente competente, deseja ser informado sobre seu diagnóstico e prognóstico, e também não deseja ser abandonado, situação que ocorre pois os médicos são pouco treinados a lidar com suas limitações especialmente em situações de doença incurável ou

letal.¹⁹. Nesse sentido quanto melhor a relação médico-paciente, melhor a aderência ao tratamento. ²⁰

O termo “aderência” é comumente definido como “a extensão a qual o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou modificar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações do provedor de cuidados em saúde”²¹. Portanto a aderência ao tratamento deve ser vista como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece às orientações médicas, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo seu médico. Significa que deve existir uma aliança terapêutica entre médico e paciente, na qual são reconhecidas não só a responsabilidade específica de cada um no processo, mas de todos os que estão envolvidos (direta ou indireta) no tratamento. ²²

E apesar disso, frequentemente deixa-se de abordar questões decisivas para aderência: expectativa da pessoa sobre aquele tratamento, efeitos terapêuticos e colaterais. Dessa maneira os benefícios do tratamento proposto nem sempre ficam claros para as pessoas, bem como a corresponsabilidade destas sobre os resultados. ²³

Tendo em vista isso, é importante conhecer os fatores que influenciam a aderência ao tratamento por Acupuntura, bem como aqueles que levam ao abandono do tratamento, pois estes muitas vezes não são identificados já que os indivíduos não-aderentes não comparecem regularmente aos serviços de saúde.

Existem muitos estudos sobre a aderência ao tratamento medicamentoso e fatores associados à adesão. Podemos dividir os fatores associados à baixa adesão em cinco grandes grupos: 1) os relacionados ao paciente, como esquecimento, crenças, outras prioridades, pouca informação e fatores emocionais (expectativas do paciente);⁴ 2) os relacionados a equipe de saúde e ao sistema de saúde, como a desconsideração ao estilo de vida ou ao custo da medicação, e não manutenção de uma boa relação com o paciente^{5,6}, 3) os relacionados a doença do paciente, como gravidade dos sintomas, deficiência física, comorbidades, 4) os relacionados ao tratamento, regimes complexos, duração do tratamento, os benefícios e os efeitos colaterais, e 5) os fatores econômicos e sociais, como sexo, idade, cor, nível sócio-econômico. ²⁴

Revisões sistemáticas realizadas em países desenvolvidos têm encontrado como média de não aderência ao tratamento medicamentoso em geral cerca de 30%¹⁰. Revisando a literatura sobre a falta de adesão de pacientes e os processos sociais e

psicológicos que permeiam a relação médico paciente, DiMatteo (1994) relatou que 38% dos pacientes deixam de seguir um tratamento agudo recomendado (por exemplo, uso de antibióticos); 43% dos pacientes não aderem a um tratamento crônico (por exemplo, tratamento antihipertensivo), 75% dos pacientes não seguem as recomendações médicas relacionadas as mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares, abandono do fumo e outros. 25

1.3 Abandono ao tratamento

A definição de abandono de tratamento não é tarefa simples. Não há uma padronização entre diversos estudos que abordam o tema e, por isso, são encontradas inconsistências em relação à definição conceitual de abandono, o que dificulta comparações entre os estudos.

Por exemplo, em algumas pesquisas utilizam-se critérios semelhantes na inclusão de casos em amostras, considerando-se abandono tanto as situações de sujeitos que nem iniciam o atendimento como as daqueles que o interrompem após comparecimento em determinado número de consultas, ou atendimentos, em um outro critério utilizado, o abandono pode variar desde a falta a uma consulta 32 até a ausência por período superior a um ano 33.

Nos estudos sobre programas de controle da hanseníase, entre eles o abandono do tratamento, se define como abandono “paciente que não completou o número de doses no prazo previsto e que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses”34. Em um programa de saúde mental em UBS São Pedro no SMSM-JF o abandono de tratamento foi então definido como a interrupção de tratamento por 3 ou mais meses, sem alta médica ou contra-referência. 35 Em um ambulatório de referência para o tratamento de HAS o abandono do acompanhamento médico foi definido como o não comparecimento às consultas de seguimentos, em um período entre 12 e 24 meses após a avaliação inicial.

Fuchs e cols. detectaram abandono do acompanhamento ambulatorial regular na ordem de 45% em uma coorte de pacientes hipertensos 36, e Busnello e cols encontraram taxa de 56% dos pacientes que abandonaram o acompanhamento no tratamento de HAS.

Citar tcc ALE

1.4 Questionário

O questionário é um instrumento de pesquisa, constituído pôr uma série ordenada de perguntas referentes ao tema de pesquisa. Os questionários apresentam perguntas objetivas, muitas vezes com alternativas de respostas já codificadas, mas podem conter também algumas perguntas abertas. Antes de serem aplicados os formulários ou enviados os questionários, o instrumento de coleta deve passar por um pré - teste, isto é, ser aplicado em algumas pessoas que tenham características semelhantes àquelas que farão parte das amostras, para se verificar se há necessidade de modificar as perguntas ou a seqüência delas. [26](#)

As entrevistas são os instrumentos mais usados nas pesquisas sociais, porque além permitirem captar melhor o que os pesquisados sabem e pensam, permitem também ao pesquisador, observar a postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios, etc. Alguns pesquisadores consideram que os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o "significado e a intencionalidade" inerentes aos atos, às relações e às estruturas. [27](#)

Nos últimos anos, vem se firmando entre os pesquisados a ideia de que os métodos quantitativos e os qualitativos devem ser vistos como complementares, o que pode levar a um melhor desenvolvimento das pesquisas com objetos complexos. [28](#)

O presente estudo tem o intuito de pesquisar o perfil epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento por Acupuntura e os fatores que influenciaram a má aderência, bem como o motivo que os levou a desistir do tratamento.

2. OBJETIVO GERAL

Avaliar o nível de abandono ao tratamento por Acupuntura e seus fatores associados, bem como, conhecer os motivos do abandono, em pacientes atendidos no Ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

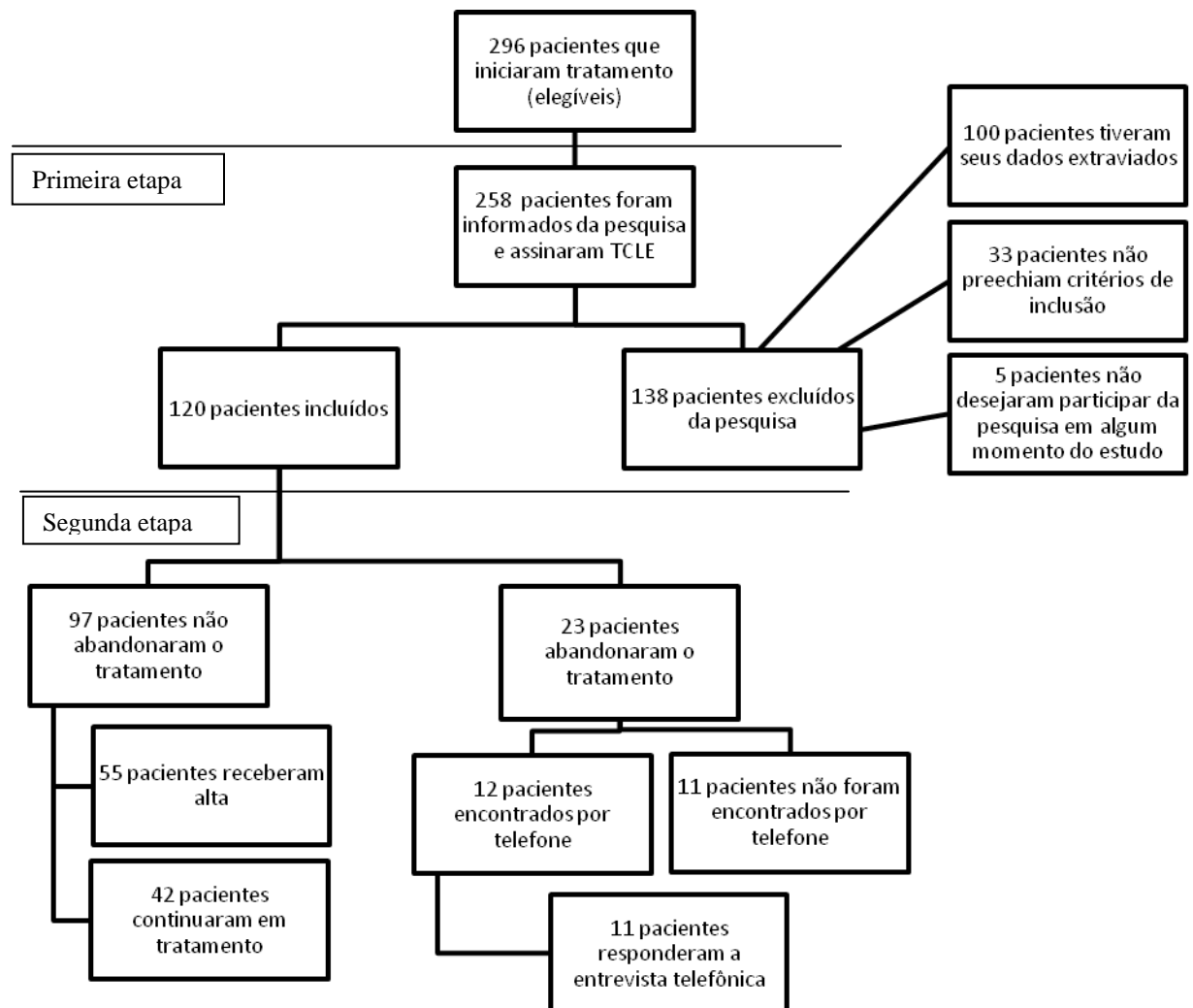
2.1 Objetivos específicos:

1. Desenvolver um questionário de coleta de dados sobre motivos de abandono;
2. Descrever os dados clínicos e epidemiológicos da população estudada;
3. Identificar o nível de abandono ao tratamento por Acupuntura na população estudada;
4. Descrever os dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes que abandonaram o tratamento;
5. Conhecer os motivos de abandono ao tratamento por Acupuntura;
6. Avaliar relação dos dados clínicos e epidemiológicos da população estudada com o nível de abandono.

3. MÉTODO

Realizou-se um estudo de abordagem mista, sendo uma parte quantitativa e outra qualitativa. Inicialmente, foi realizada a identificação dos sujeitos da pesquisa e o nível de abandono ao tratamento por Acupuntura. Após a identificação dos sujeitos da pesquisa, foi realizada uma pesquisa qualitativa ²⁹ para se conhecer os motivos de abandono ao tratamento em duas etapas sendo a primeira quantitativa, para traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes do ambulatório de acupuntura do HU-UFSC, e a segunda qualitativa, para buscar os motivos de abandono ao tratamento. (Figura1)

Figura 1 – Etapas do estudo: primeira e segunda parte.



3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Todos os pacientes do ambulatório atendidos no período de 01 de outubro de 2009 a 30 de março de 2010, independente dos critérios de inclusão e exclusão, foram considerados elegíveis.

Os pacientes que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1) receberam esclarecimento de que poderiam ser entrevistados pelo telefone ao término do tratamento. Entre eles foram incluídos os pacientes maiores de 18 anos, atendidos no ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo tratamento por Acupuntura foi abandonado.

Foram excluídos os sujeitos da pesquisa que decidiram em qualquer momento da pesquisa não mais dela participar.

3.2 Primeira etapa

Realizou-se um estudo observacional, tendo com unidade de análise os indivíduos. A população do estudo foi composta por pessoas que procuraram tratamento em Acupuntura no Ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina durante o período de 01 de outubro de 2009 a 31 de março de 2010.

Identificou-se 297 pacientes que estiveram em tratamento em Acupuntura no referido período, através do levantamento diário da presença nas consultas do referido ambulatório. Entre eles foram recrutados 258 pacientes que após serem informados do estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) concordaram e assinaram o termo. Foram acompanhados os pacientes que compareceram a pelo menos uma consulta.

Foram excluídos 138 pacientes, entre eles, 3 que apresentavam menos de 18 anos de idade, 21 que não compareceram a pelo menos uma consulta, 100 que tiveram seus dados extraviados, 9 pacientes que não possuíam condições para responder ao questionário por telefone e 5 pacientes que desejaram em algum momento da pesquisa não participar mais do estudo.

Os dados clínicos e epidemiológicos foram coletados através da pesquisa em prontuários médicos. Foram pesquisadas as seguintes variáveis: sexo, idade (em anos completos), estado conjugal, escolaridade, queixa principal, e se fez tratamento por Acupuntura antes.

Ao realizar o acompanhamento da presença nas consultas, foram identificados 23 pacientes que abandonaram o tratamento, sendo que foi considerado como abandono o não-comparecimento a duas sessões consecutivas sem justificativa.

3.3 Segunda etapa

3.3.1 Questionário

Durante a revisão da literatura, não foi encontrado um instrumento que avaliasse subjetivamente os motivos de abandono ao tratamento por acupuntura. S.A. Ball et al., em estudo sobre abuso de álcool e outras drogas desenvolveu um questionário para avaliar motivos de abandono no tratamento de abuso de álcool e outras drogas³⁰ (Anexo 1). Tal instrumento foi adaptado para o presente estudo.

O questionário inicial apresentava 28 motivos que poderiam ter contribuído na decisão de abandonar o tratamento, nos quais os pacientes eram solicitados a informar quais destas situações contribuíram na sua decisão. Em reunião clínica com a equipe de pesquisa para tradução dos conteúdos do questionário foram adaptados os motivos de abandono para o tratamento de acupuntura, foram excluídos itens relacionados exclusivamente ao tratamento de abuso de drogas e foram incluídos itens relacionados exclusivamente ao tratamento de acupuntura, formando um total de 29 itens (Apêndice 2).

Esses 29 itens podem ser agrupados em 5 grupos: (1) Fatores econômicos e sociais, (2) Fatores relacionados a equipe de saúde e ao sistema de saúde, (3) Fatores relacionados a doença do paciente, (4) Fatores relacionados ao tratamento, (5) Fatores relacionados ao paciente.

Após adequação do conteúdo, o questionário foi submetido a teste piloto com 20 pessoas usuárias de uma unidade de saúde da família do município de Florianópolis para adequação de conteúdos e linguagem. Os participantes do teste piloto foram selecionados

intencionalmente, sendo escolhidos os pacientes que compareceram ao Centro de Saúde em um dia. As pessoas foram questionadas sobre o entendimento do que era dito verbalmente pela pesquisadora e sobre seu entendimento do conteúdo.

3.3.2 Entrevistas

Os 23 pacientes que abandonaram o tratamento foram procurados por telefone para a aplicação de entrevista semi-estruturada guiada por um roteiro com questões norteadoras e do questionário sobre motivos de abandono ao tratamento por Acupuntura (Apêndice 2).

Em relação à busca por telefone, seguiu-se o seguinte protocolo: 1. A busca se iniciou num período mínimo de quinze dias e máximo de trinta dias após última consulta; 2. As chamadas telefônicas foram realizadas pelo menos uma tentativa durante o dia, em horário comercial, e uma durante a noite, sendo cada uma delas pelo menos uma vez durante dias de semana e uma em dias de fim de semana, pelo período máximo de 4 semanas.

Das 23 pessoas que abandonaram o tratamento, apenas 12 foram encontradas por telefone e destas 11 foram entrevistadas e responderam ao questionário de motivos que contribuíram para abandonar o tratamento, 1 pessoa apesar de ter sido encontrada por telefone e desejar continuar na pesquisa não respondeu a entrevista. A entrevista foi registrada de forma escrita, com preenchimento do roteiro da entrevista, registro de palavras-chave durante a entrevista e resumo da entrevista ao final da mesma. Cabe ressaltar que todos contatos telefônicos foram realizados sempre pelo mesmo pesquisador, e também que o pesquisador não participou ou efetuou qualquer etapa do tratamento de Acupuntura.

Esta pesquisa foi desenvolvida conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde) e aprovada pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (Anexo 2).

4. RESULTADOS

As características sócio-demográficas dos 120 sujeitos pesquisados, como sexo, idade, procedência, escolaridade, estado civil e se fez tratamento por acupuntura antes, estão dispostas na Tabela 1. Destaca-se o maior número de mulheres, procedentes de Florianópolis.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos pacientes em tratamento no Ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, entre 01 de outubro de 2009 a 31 de março de 2010. (variáveis nominais e ordinais).

	Total de pacientes (%*)	N_abandono	%*	N_sem abandono	%*
Sexo					
Homem	27(22,5)	8	34,8	19	19,6
Mulher	93(77,5)	15	65,2	78	80,4
Total	120(100)	23	100	97	100
Idade por faixa etária					
20-35 anos	32(26,7)	8	34,8	24	24,7
36-49 anos	30(25)	3	13	27	27,8
50-65 anos	38(31,7)	8	34,8	30	30,9
66 ou mais anos	20(16,7)	4	17,4	16	16,5
Total	120(100)	23	100	97	100
Procedência					
Florianópolis	85(70,8)	16	69,6	69	71,1
Outros	35(29,2)	7	30,4	28	28,9
Total	120(100)	23	100	97	100
Escolaridade					
Analfabeto, alfabetizado, fundamental incompleto.	23(19,2)	3	13	20	20,6
Fundamental completo, médio incompleto.	35(29,2)	10	43,5	25	25,8
Médio completo, superior incompleto, superior completo.	62(51,6)	10	43,5	52	53,6
Total	120(100)	23	100	97	100
Estado Civil					
Solteiro	29(24,2)	6	26,1	23	23,7
Casado/União Estável	68(56,7)	14	60,8	54	55,7
Viúvo/divorciado/separado	23(19,1)	3	13,1	20	20,6
Total	120(100)	23	100	97	100
Fez acupuntura antes					
Sim	37(30,8)	7	30,4	30	30,9
Não	83(69,2)	16	69,6	67	69,1
Total	120(100)	23	100	97	100

*porcentagem aproximada
Fonte: Dados da própria pesquisa.

As diferentes queixas referidas pelos pacientes no ambulatório de acupuntura foram relacionadas e classificadas por capítulos (primeiros caracteres) da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)³¹. A partir desta classificação elas foram divididas por áreas, conforme se pode observar na tabela 2. Nos casos em que os pacientes referiram mais de uma queixa, foi relacionada aquela considerada por eles como a principal.

Tabela 2 - Queixas dos pacientes classificadas por capítulos (primeiro caractere) da CID 10

Problema/Doença	N_Total	%*	N_abandono	%*	N_sem abandono	%*
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M)	72	60	17	73,9	55	56,7
Doenças do sistema nervoso (G)	16	13,4	2	8,7	14	14,4
Transtornos mentais e comportamentais (F)	10	8,3	2	8,7	8	8,2
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte(R)	7	5,8	0	0	7	7,2
Doenças do aparelho respiratório (J)	5	4,2	1	4,3	4	4,1
Doenças do aparelho digestivo (R)	4	3,4	1	4,3	3	3,1
Doenças do aparelho genito-urinário (N)	2	1,6	0	0	2	2,1
Doenças do sangue e transtornos imunitários (D)	1	0,8	0	0	1	1
Doenças do aparelho circulatório(I)	1	0,8	0	0	1	1
Afecções dos anexos da pele (L)	1	0,8	0	0	1	1
Doenças do olho e anexos (H)	1	0,8	0	0	1	1
Total	120	100	23	100	97	100

* porcentagem aproximada

Fonte: Ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

Em seguida, as doenças ou queixas dos pacientes foram relacionadas e classificadas considerando caracteres e algarismos específicos da CID 10, de forma a aproximá-las de um diagnóstico mais específico. A tabela 3 traz a relação de doenças dentro do capítulo de Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M). Nela evidencia-se a importância e a prevalência de pacientes com dorsalgia que buscam a acupuntura como forma de terapia.

Tabela 3 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M)

Problema/Doença	N_Total	%*	N_abandono	%*	N_sem abandono	%*
Dorsalgia (M54) **	42	58,3	12	70,6	30	54,5
Dor em Membro (M79.6)	17	23,6	3	17,6	14	25,5
Dor articular (M25.5)	6	8,3	1	5,9	5	9,1
Lesões de ombro (M75)	3	4,1	0	0	3	5,5
Artroses (M15-M19)	2	2,9	1	5,9	1	1,8
Fibromialgia (M79.0)	1	1,4	0	0	1	1,8
Reumatismo não especificado (M79.0)	1	1,4	0	0	1	1,8
Total	72	100	17	100	55	100

*porcentagem aproximada

** incluídos no CID M54 – Dorsalgia: Paniculite atingindo regiões do pescoço e do dorso, Radiculopatia, Cervicalgia, Ciática, Lumbago com ciática, Dor lombar baixa, Dor na coluna torácica, Outra dorsalgia, Dorsalgia não especificada.

Fonte: Dados da própria pesquisa.

A tabela 4 relaciona as afecções dos outros capítulos da CID 10, que foram referidas ou relacionadas às queixas dos sujeitos da pesquisa. Observa-se uma grande variedade de doenças nos pacientes tratados no ambulatório de acupuntura do HU. Com destaque para doenças do sistema nervoso (referidos como cefaléia, enxaqueca e polineuropatias) que foram responsáveis por cerca de 13,4% do total de queixas, e os transtornos mentais (referidos como depressão e ansiedade pelos pacientes) que foram responsáveis por cerca de 8,3% do total das queixas dos entrevistados, e designados na tabela 4 como “episódios depressivos” e “outros transtornos ansiosos”, respectivamente, por serem os diagnósticos que mais se aproximam às queixas referidas.

Tabela 4 - Doenças relacionadas a outros capítulos da CID 10.

Problema/ doença	N_Total	N_abandono	N_sem abandono
Doenças do sistema nervoso (G)			
Cefaléia tensional (G44.2)	11	2	9
Enxaqueca (G 43)	3	0	3
Polineuropatia (G62.9)	2	0	2
Transtornos mentais e comportamentais (F)			
Outros transtornos ansiosos (F41)	6	1	5
Episódios depressivos (F32)	4	1	3

Fonte: Dados da própria pesquisa.

De maneira geral a taxa de abandono encontrada neste estudo foi 19,2%, como se vê na tabela 5 que se segue:

Tabela 5 – Relação entre alta e taxa de abandono dos pacientes atendidos no ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, entre 01 de outubro de 2009 a 31 de março de 2010.

	N	%*
Alta	55	45,8
Abandono	23	19,2
Em tratamento	42	35
Total	120	100

* porcentagem aproximada

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Quanto aos pacientes que abandonaram o tratamento, observa-se que a tendência é desistir nas primeiras consultas, como se vê na Tabela 6. Nas primeiras 4 sessões ocorreram 86,9% dos abandonos.

Tabela 6 – Distribuição por número de sessão dos pacientes que abandonaram o tratamento no ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, entre 01 de outubro de 2009 a 31 de março de 2010.

Sessão	N	%*
Primeira	1	4,3
Segunda	5	21,7
Terceira	6	26,1
Quarta	8	34,8
Quinta	1	4,3
Nona	2	8,6
Total	23	100

* porcentagem aproximada

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Das 23 pessoas que abandonaram o tratamento, apenas 12 foram encontradas por telefone e destas 11 foram entrevistadas e responderam ao questionário de motivos que contribuíram para abandonar o tratamento. Posteriormente, durante a tabulação dos dados, os entrevistados foram aleatoriamente numerados de 1 a 11, com o intuito de preservar suas identidades e, desta forma, discriminá-los nestes resultados.

Conforme a sequência previamente estruturada das questões nas entrevistas (apêndice 2), foi investigado o motivo principal de abandono ao tratamento para cada paciente, perguntando abertamente para cada um: “Porque não retornou?”. O quadro 1 analisa e classifica as respostas por proximidade e semelhança entre elas, exemplificando com as palavras dos entrevistados, o porquê do abandono, em cada categoria de resposta.

Quadro 1 – Motivos de abandono relatados pelos pacientes

Motivos de abandono	Nº de respostas	Quais entrevistados	Exemplos*
Fatores relacionados ao pacientes	7	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9	“me sentia muito nervosa e com medo das agulhas porque já faz um tempo eu perdi uma filha por causa de uma injeção...(2)”; “Porque meu esposo ficou doente e tive que ficar cuidando dele (4)”; “Porque fiquei deprimida, não consegui ir a consulta (5)”; “porque estava muito atarefada (6)”; “por problemas de saúde do meu marido(7)”; “fui transferido do meu emprego para Joinville(8)”; “precisei ficar internado(9)” .
Fatores relacionados a equipe de saúde e ao sistema de saúde	4	3, 5, 6, 10	“(…) tinha que esperar muito tempo para ser atendida, cerca de 4 horas na sala de espera,... Além disso o médico,... brigou com a minha mãe!(3)”; “não consegui remarcar a consulta(5)”; “Porque não consegui mais remarcar a consulta.(6)”; “eu não queria mais ser atendida pelo médico que está aprendendo(10)”
Fatores relacionados ao tratamento	4	1, 3, 10, 11	“Por causa da dor que as agulhas me davam (1)”; “meu problema não estava melhorando (3)”; “Porque eu senti muita dor na consulta (10)”; “Porque eu senti muita dor com as agulhas, acho que a dor foi pior do que as crises de enxaqueca. (11)”.
Total	15	Os acima	Os acima citados

* Exemplos dos motivos nas palavras dos entrevistados (discriminado pelo número entre parênteses)

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Em seguida, procurou-se saber se outros fatores poderiam ter influenciado a decisão de abandono ao tratamento aplicando o questionário de motivos que contribuíram para abandonar o tratamento por acupuntura, cada entrevistado poderia responder que mais de um motivo contribuiu na sua decisão, sendo os motivos agrupados em grupos e expostos no quadro 2.

Quadro 2 – Motivos que contribuíram na decisão de abandono ao tratamento por acupuntura

	Nº de Respostas	Quais entrevistados	Motivos questionados*
Fatores econômicos e sociais	12	1, 2, 4, 5, 6, 7, 9	“ Eu não tinha com quem deixar meus filhos, então não pude ir na acupuntura. (6)”; “ Minha vida ficou muito tumultuada e não pude ir na acupuntura.(15)”
Fatores relacionados a equipe de saúde e ao sistema de saúde	16	1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11	“Tinha que esperar muito tempo na sala de espera para ser atendido e por isso deixei de ir na acupuntura (7)”; “Os horários da consulta são ruins para mim e por isso deixei de ir na acupuntura (12)”; “Eu não gostei ou não confiei em alguns dos médicos.(16)”
Fatores relacionados a doença do paciente	4	3, 5, 9, 10	“O problema que eu estava tratando piorou e não pude ir nas sessões de acupuntura. (8)”
Fatores relacionados ao tratamento	7	1, 2, 10, 11	“Eu parei de ir na acupuntura porque sentia dor com as agulhas. (21)”
Fatores relacionados ao pacientes	10	1, 2, 5, 10	“ Perdi a vontade de ir na acupuntura. (5)”; “A agulha me deixa nervoso e por isso não fui mais na acupuntura.(22)”, “ Estou consultando com outros médicos pra ver o que eu tenho realmente(28)”
Total	49	Os acima	Os acima citados

* Exemplos de fatores que poderiam ter influenciado a decisão de abandono retirados do questionário (discriminado pelo número entre parênteses).

Fonte: Dados da própria pesquisa.

5. DISCUSSÃO

A escolha de se realizar um trabalho a respeito do abandono ao tratamento dos pacientes no ambulatório de Acupuntura veio da escassez de publicações locais sobre o tema. Conhecer os motivos de porque os pacientes abandonam o tratamento, vem da necessidade de se entender melhor esse processo.

Falar sobre questionário

Não houve a preocupação por parte dos pesquisadores em ... questionário, o intuito da adaptação do questionário ...

perfil

Com relação ao gênero, assim como nos resultados deste trabalho várias pesquisas também mostram predominância das mulheres nos consultórios de Acupuntura.^{13, 26-31} Em uma grande pesquisa nacional realizada no Reino Unido, MacPherson e colaboradores encontraram que 74% dos pacientes que procuravam atendimento em Acupuntura eram mulheres.³² Em outra pesquisa inglesa, Bovey e colaboradores encontraram 68% do público do gênero feminino.³³ Mais próximos da realidade brasileira estão a pesquisa realizada no ambulatório de Acupuntura do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2007, na qual 72% dos pacientes eram mulheres³⁴, dados do ambulatório de Acupuntura da Assistência Médica Ecológica, também em Florianópolis, em que 75% dos pacientes do sexo feminino, e os dados de Guimarães, de estudo em posto de saúde da cidade de Fortaleza- Ceará, o qual encontrou 78% dos pacientes do sexo feminino.²⁷ No presente estudo foram encontrados 77,5% de mulheres.

A predominância do público feminino aparentemente decorre do fato das mulheres serem mais receptivas às terapias alternativas e complementares; assim, mais facilmente elas buscam tratamento com Acupuntura.²⁶

....

Abandono

Poucos estudos sobre este tema abordando Acupuntura foram realizados, alguns levantaram o perfil epidemiológico dos pacientes que receberam tratamento por Acupuntura e não propriamente o nível de abandono. Entre eles um estudo, realizado no

município de Florianópolis, no ambulatório de Acupuntura da AMEc, que encontrou uma taxa de abandono de 45,5%.¹¹ O estudo de Moroz e colaboradores fez a avaliação de pequeno número de pacientes atendidos na cidade de Nova York, Estados Unidos, e chegaram a uma taxa de abandono de 59,4%, ainda mais elevada. Este trabalho encontrou uma menor taxa de abandono (19,2%), um fator importante que pode influenciado nessa taxa foi o fato de não considerarmos em nossa amostra os pacientes que foram encaminhados para o tratamento de Acupuntura, mas nem chegaram a iniciar o tratamento.

Entretanto nosso resultado vai de encontro com as taxas de abandono encontradas na Revisão Cochrane sobre o uso de Acupuntura para o tratamento de dor lombar subaguda ou crônica, em que foram encontradas nos estudos incluídos na revisão taxas de abandono menores que 20% para seguimento imediato ou a curto prazo dos pacientes, ou menor que 30% para seguimento a longo prazo. [38](#)

Em relação a tendência de abandonar o tratamento nas primeiras consultas, nosso estudo constatou que 91,2% dos abandonos ocorreram nas primeiras 5 sessões, assim como foi descrito no estudo realizado no ambulatório de Acupuntura da AMEc, citado anteriormente, a média das sessões realizadas entre os pacientes que abandonaram o tratamento foi 3,9 sessões.

Motivos

A escolha por uso de entrevistas telefônicas neste estudo levou em conta vários aspectos, como o baixo custo, facilidade e rapidez para entrar em contato com os sujeitos da pesquisa. As entrevistas telefônicas são moderadamente boas para evitar respostas socialmente convenientes, sejam verdadeiras ou não, e por isso são um bom método para obter informações delicadas, no caso o motivo do abandono ao tratamento, já que os entrevistados tem a percepção de não estarem assumindo qualquer compromisso por escrito. [39](#)

Entretanto foram encontradas algumas dificuldades e limitações com o uso desse método, por exemplo, não foram encontrados todos os pacientes a serem entrevistados, pois alguns tiveram seu número de telefone desabilitado e outros simplesmente não foram encontrados ou não desejaram atender as chamadas. Além disso, em muitas culturas predomina as relações face a face, e a aplicação de entrevistas via telefone é vista com

desconfiança. 39 Esse método também não permite a interação completa entre o entrevistador e entrevistado. 40

As respostas dos pacientes do porquê do abandono ao tratamento por acupuntura foram agrupadas de acordo com o fator ao qual esse motivo estava mais relacionado (quadro 1). Verificou-se que a maioria dos entrevistados (cerca de 64%) apresentou justificativas que foram agrupadas no grupo de fatores relacionados ao paciente, entre elas o surgimento de outras prioridades, como por exemplo:

Paciente 4: *“Porque meu esposo ficou doente e tive que ficar cuidando dele (...)”*

Paciente 6: *“eu faltei na últimas consultas porque estava muito atarefada (...)”*

Também foram considerados como motivos relacionados ao paciente, a experiência do próprio paciente, que pode ser exemplificada com o trecho a seguir:

Paciente 2: *“ mas me sentia muito nervosa e com medo das agulhas porque já faz um tempo eu perdi uma filha por cauda de uma injeção. Ela foi receber a injeção e depois passou mal, ficou internada no hospital infantil e logo faleceu... ficava lembrando da situação e me sentia mal.”*

As agulhas de acupuntura são extremamente finas e não machucam a pele como uma agulha de injeção, mas as experiências pessoais do paciente evocam outros sentimentos relacionados à sua vivência que podem levar ao desconforto durante o tratamento.

Entre os motivos que foram agrupados no grupo de fatores relacionados ao tratamento, surgiu o estresse em relação ao tratamento por Acupuntura. Embora muitos pacientes dizem que eles acham Acupuntura uma experiência relaxante, nesse estudo a inserção das agulhas foi considerada um fator de estresse para alguns dos pacientes, durante as entrevistas um dos pacientes relatou que o desconforto causado pelo tratamento foi maior que o desconforto do tratamento:

Paciente 11: *“Porque eu senti muita dor com as agulhas, acho que a dor foi pior do que as crises de enxaqueca.”*

Esse relato exemplifica que o tratamento por Acupuntura possui limitações, pois mesmo em situações em que o tratamento possui uma boa indicação clínica, ele pode não funcionar se o potencial de recuperação individual não for suficiente. ⁴² Além disso, existem efeitos colaterais amplamente relatados na literatura, entre eles: pequenas hemorragias, hematomas, tontura, hipotensão, náuseas, sensação De Qi prolongada, e aumento da dor. ⁴³ Esses efeitos devem ser considerados e discutidos com o paciente.

Com relação aos fatores relacionados à equipe de saúde e ao sistema de saúde, foram agrupados neste grupo os motivos dos pacientes que tiveram algum conflito ou se queixaram da equipe ou do serviço:

Paciente 3: *“(…) tinha que esperar muito tempo para ser atendida, cerca de 4 horas na sala de espera,... Além disso o médico,..., brigou com a minha mãe!”*;

Paciente 5: *“não consegui remarcar a consulta”*;

Paciente 6: *“Porque não consegui mais remarcar a consulta”*;

Paciente 10: *“eu não queria mais ser atendida pelo médico que está aprendendo”*

Em um estudo sobre a satisfação dos pacientes atendidos em um ambulatório de Anestesia para avaliação pré-operatória, esse mesmo problema foi levantado, e os pacientes apresentaram como sugestões para melhorar o serviço o aumento do número de secretárias e consultas com hora marcada para melhorar a logística do ambulatório. ⁴⁴

6. CONCLUSÕES

1. Foi desenvolvido um questionário de coleta de dados sobre motivos de abandono através da adaptação de um instrumento já existente, sendo este traduzido e adaptado para o tratamento por Acupuntura (Apêndice2).
2. Na amostra 77,5% são mulheres, a idade média e de 48,8 anos, 70,8% são naturais de Florianópolis, 19,2% tem escolaridade de analfabetismo a fundamental incompleto, 29,2% de fundamental completo a médio incompleto e 51,6% médio completo a superior completo. Há também 56,7% de casados ou união estável, 24,2% de solteiros e 19,1% de viúvos, divorciados ou separados, 30,8% que fizeram acupuntura antes e 68,2% que não. Quanto às características clínicas, as queixas mais frequentes foram àquelas relacionadas ao sistema osteomuscular (60%), seguidas de queixas neurológicas (13,4%), e transtornos mentais e comportamentais (8,3%).
3. Dos pacientes consultados, 45,8% receberam alta, 35% estavam em tratamento e 19,2% abandonaram o tratamento.
4. Entre os pacientes que abandonaram o tratamento 65,5% são mulheres, a idade média e de 48,3 anos, 69,6% são naturais de Florianópolis, 13% tem escolaridade de analfabetismo a fundamental incompleto, 43,5% de fundamental completo a médio incompleto e 43,5% médio completo a superior completo. Há também 60,8% de casados ou união estável, 26,1% de solteiros e 13,1% de viúvos, divorciados ou separados, 30,4% que fizeram acupuntura antes e 69,6% que não. Quanto às características clínicas, as queixas mais frequentes entre os abandonos foram àquelas relacionadas ao sistema osteomuscular (73,9%), seguidas de queixas neurológicas (8,3%), e transtornos mentais e comportamentais (8,3%). 86,9% dos abandonos ocorreram nas primeiras 4 sessões.
5. Não foram encontradas relações entre os dados clínicos e epidemiológicos com o nível de abandono.
6. Conhecer os motivos de abandono ao tratamento por Acupuntura:

REFERÊNCIAS

1. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)
[Homepage da internet] [acesso em 2010 Out 29]. Disponível em:
<http://nccam.nih.gov/>.
2. Wen TS. Acupuntura Clássica Chinesa. São Paulo: Editora Cultrix; 1985.
3. Gongwang L. Meridianos e Pontos de Acupuntura - Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão. São Paulo: Rocca; 2004.
4. Gongwang L. Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustao. São Paulo:CEIMEC; 2005.
5. Gongwang L. Meridianos e Pontos de Acupuntura - Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão. São Paulo: Rocca; 2004.
6. **MESMO QUE O 2**
7. Scheid V. The globalization of Chinese medicine. **Lancet** 1999;
354:(Suppl):SIV10.
8. Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. **Ann Intern Med**
2002;136:374-83.
9. Stux G, Hammerschalg R. Acupuntura Clínica - Bases Científicas. São Paulo:
Manole; 2005
10. **MESMO QUE O 8**
11. Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials.
(WHO; 2003; 87 pages) [Homepage da internet] [acesso em 2010 out 27].
Disponível em: (<http://www.who.int/medicinedocs/library.fcgi?e=d-01dedmweb--000-1-0--010---4---0--0-10l--1en-5000-0--50-about-01en-5000-01131-0011xyI4uDve9ee80ca800000000459bc6c2-0utfZz-8-0-0---01001-001-110utfZz-8-0-0&a=d&c=edmweb&cl=CL1.1.11.1&d=Js4926e>)
12. . **MESMO QUE O 8**
13. A História da Acupuntura no Brasil. 2008. [Homepage da internet] [acesso em
2010 Out 27]. Disponível em: <http://www.cmacupuntura.org.br/principal/historia>.

14. Caprara, A. & Rodrigues, J. repensando as relações medico paciente
15. (Helman C 1984. *Culture health and illness*.Wright, Bristol.)
16. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267(16):2221-2226)
17. (Relação medico paciente Balint)

18. MESMO QUE O 14.

19. (Cecil-tratado de medicina interna) REVER ESSA BIBLIOGRAFIA
20. Oliveira jc. Medicina em ambulatório – Diagnostico e ambulatório (Medicina ciência e arte). São Paulo: Savier; 2005.
21. (Haynes RB. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Compliance in health care*. Baltimore,MD, Johns Hopkins University Press, 1979.)
22. **(Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura*)**
23. **Projeto diretrizes**
24. (OMS adherence report)
25. ([DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis](#). Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. 2004 Mar;23(2):207-18.)
26. Pesquisa social
27. MINAYO, M .C. de S.; MINAYO, C. G. Dífíceis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Ensp, 2001.
28. Orientações Básicas para a Pesquisa Regina Maria Giffoni Marsiglia
29. (Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública)
30. Questionário de abuso de álcool
31. Cid 10
32. (PERCUDANI, M. et al. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. **British Journal of Psychiatry**, v. 180, p. 254-259, 2002.)

33. (ROSSI, A. et al. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with communitybased psychiatric services. **British Journal of Psychiatry**, v. 181, p. 331-338, 2002.)
34. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde*. 2. ed. Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.)
35. (Abandono saúde mental)
36. (Fuchs FD, Lubianca JF, Moraes RS, et al. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and lifestyle modification in a Brazilian hypertensive cohort. *J Hypertension* 1997; 15: 783-92.),
37. **(Busnello e cols Abandono de tratamento de hipertensão arterial)**
38. (Cochrane dor lombar)
39. (Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada por Naresh K. Malhotra)
- 40. MESMO QUE O 26**
41. (Abc of complementary medicine)
42. (Even under conditions where acupuncture is indicated, it may not work if the mobilization of the individual's potential is not adequate for recovery. –who 2003.)
43. (Ernst G., Strzyz H., Hagmeister H. **Incidence of adverse effects during acupuncture therapy - A multicentre survey (2003)** *Complementary Therapies in Medicine*, 11 (2), pp. 93-97)
44. (Oliveira AR, Mendes FF, Oliveira M - Os Clientes e a Avaliação Pré-Operatória Ambulatorial)

1. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine Acupuncture. **BMJ** 1999, 319: 973-976.

2. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), National Institutes of Health (NIH). [Homepage da internet] [acesso em 2009 ago 10]. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/acupuncture/introduction.htm>

3. Colégio Médico de Acupuntura (CMA). [Homepage da internet] [acesso em 2009 ago 10]. Disponível em: <http://www.cmacupuntura.org.br/principal/historia/2>
4. Cramer J. Identifying and improving compliance patterns. In: Cramer JA, Spilker B, eds. Patient compliance in medical practice and clinical trials. New York: **Raven Press**, 1991:387-92.
5. Golin CE, Liu H, Hays RD, et al. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. **J Gen Intern Med** 2002;17:756-65.
6. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. **J Clin Psychiatry** 2002;63:1121-8.
7. Ellis JJ, Erickson SR, Stevenson JG. Suboptimal statin adherence and discontinuation in primary and secondary prevention populations. **J Gen Intern Med** 2004;19:638-45.
8. Murphy DA, Sarr M, Durako SJ, Moscicki AB, Wilson CM, Muenz LR. Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus-infected adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med** 2003;157:249-55.
9. Stuart B, Zacker C. Who bears the burden of Medicaid drug copayment policies? **Health Aff (Millwood)** 1999;18(2):201-12.
10. DiMatteo MR: Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Med Care** 2004, 42:200-209.
11. Schmidt, GOR. Perfil Clínico-epidemiológico de Pacientes Assistidos em Ambulatório de Acupuntura Gratuito. Florianópolis, 2007. 33p. Trabalho (Conclusão de Curso) – Residência Médica em Acupuntura, Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes.

CID 10

<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXOS

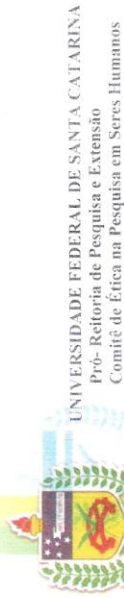
ANEXO 1

Reasons for leaving treatment questionnaire scales and item endorsements (S.A. Ball et al.).

	<i>True /False</i>
1. My medical problems kept me from coming.	()
2. I had transportation problems that kept me from coming.	()
3. I had a negative interaction with another client or staff.	()
4. I changed my mind about being in the program at this point.	()
5. I did not like the rules the program had.	()
6. I felt my privacy or confidentiality might not be respected.	()
7. Problems with family or acquaintances kept me from coming in.	()
8. My drug use was so heavy I could not come in.	()
9. I had childcare problems that kept me from coming in.	()
10. I did not like or trust some of the staff.	()
11. I had no good reason to stop using alcohol or drugs.	()
12. I was confused about what the program wanted me to do.	()
13. I felt that staff did not like, respect, or want to help me.	()
14. I felt that I could get better on my own or with self-help meetings.	()
15. My alcohol use was so heavy I could not come in.	()
16. The hours of the program were not good for me.	()
17. I had a personality conflict with people at the program.	()
18. I did not feel motivated enough to keep coming.	()
19. I did not like the kind of services offered at the program.	()
20. Somebody I know is a client or staff in the program.	()
21. I did not have enough support from people in my life to stay in the program.	()
22. My mental health or psychological problems kept me from coming.	()
23. I did not have money or insurance to pay for the program.	()
24. I said or did some things that would make it hard for me to go back.	()
25. I lost hope in my ability to change right now.	()
26. The wait to start the program was too long.	()
27. I was worried I would get involved in the wrong things like drugs, sex, or crime because of people around the program.	()
28. I decided to go to another program for help.	()

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



CERTIFICADO

Nº 273

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 281/09 FR- 284202

TÍTULO: Perfil Clínico-epidemiológico de pacientes não aderentes ao tratamento por acupuntura.

AUTOR: Li Shih Min e Adriana N. Kinoshita.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 31 de agosto de 2009.

Coordenadora do CEPSH/UFSC - Prof.ª Washington Portela de Souza

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é **Adriana Nishimoto Kinoshita**, estou desenvolvendo a pesquisa **Perfil clínico-epidemiológico de pacientes não aderentes ao tratamentos por acupuntura, no ambulatório de acupuntura do Hospital Universitário de UFSC em Florianópolis - SC**, com o objetivo de conhecer e identificar quais as dificuldades encontradas pelos pacientes durante o tratamento por acupuntura, e tentando colaborar desta forma para a melhoria da qualidade do serviço prestado à população. Essas informações poderão ser usadas para a formulação de novas políticas de atendimento, incluindo desenvolvimento de melhoria dos serviços de saúde. Serão realizadas entrevistas por telefone ao final do tratamento. Isto não traz riscos e desconfortos, mas esperamos que traga benefícios, com o conhecimento das dificuldades encontradas pelos pacientes para o adequado seguimento dos aconselhamentos obtidos na consulta médica. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelos telefones (48) 33344604 ou (48) 91634373. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Dr. Li Shih Min

Pesquisador Responsável

Adriana Nishimoto Kinoshita

Pesquisador Principal

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa **Perfil clínico-epidemiológico de pacientes não aderentes ao tratamentos por acupuntura, no ambulatório de acupuntura do HU da UFSC em Florianópolis - SC** e concordo que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____.

Assinatura: _____ RG: _____

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação paciente/número:

Tentativas de ligação telefônica:

Data:

Horário:

Entrevistador:

A. Questões:

- 1) O que aconteceu com o seu problema de saúde após última consulta no Ambulatório?
- 2) O que o senhor(a) achou do tratamento que recebeu?
- 3) Por que não retornou?

B. Agora vou ler algumas frases de situações que possam ter contribuído para sua decisão de desistir do tratamento, por favor, responda sim ou não se alguma destas situações contribuíram:

1. Perdi o emprego e por isso não pude mais ir na acupuntura.	
2. Me senti constrangido por causa do sala onde é feito a acupuntura.	
3. Meus outros problemas de saúde me impediram de ir na acupuntura.	
4. O tratamento dura muito tempo e por isso não fui mais na acupuntura.	
5. Perdi a vontade de ir na acupuntura.	
6. Eu não tinha com quem deixar meus filhos, então não pude ir na acupuntura.	
7. Tinha que esperar muito tempo na sala de espera para ser atendido e por isso deixei de ir na acupuntura.	
8. O problema que eu estava tratando piorou e não pude ir nas sessões de acupuntura.	
9. Tinha que ficar muito tempo dentro do consultório no dia da acupuntura e por isso não fui mais.	
10. Eu esperava melhorar mais com a acupuntura e por isso deixei de ir.	
11. Tinha dificuldade de me liberar do meu trabalho e por isso desisti da acupuntura.	
12. Os horários da consulta são ruins para mim e por isso deixei de ir na acupuntura	
13. Eu tive efeitos desagradáveis após o tratamento e por isso não quis continuar.	
14. Deixei de ir na acupuntura porque não melhorei.	
15. Minha vida ficou muito tumultuada e não pude ir na acupuntura.	
16. Eu não gostei ou não confiei em alguns dos médicos.	

17. Meu problema não melhorou rápido e por isso deixei de ir na acupuntura.	
18. Eu esqueci de ir na Acupuntura.	
19. O HU fica muito longe da minha casa e por isso não fui mais na acupuntura.	
20. Eu desisti da acupuntura por que não consegui remarcar a consulta.	
21. Eu parei de ir na acupuntura porque sentia dor com as agulhas.	
22. A agulha me deixa nervoso e por isso não fui mais na acupuntura.	
23 Não tinha dinheiro para pagar o transporte até a acupuntura.	
24. Meu problema não é tão grave e por isso deixei de ir na acupuntura.	
25. Me disseram que o tratamento não serve para o meu problema e por isso não fui mais na acupuntura.	
26. Perdi as esperanças em relação a minha capacidade de melhorar e por isso não fui mais na acupuntura.	
27. Problemas com a minha família me impediram de ir na acupuntura.	
28. Estou consultando com outros médicos pra ver o que eu tenho realmente e por isso parei de ir na acupuntura	
29. Parei de ir porque melhorei do meu problema.	

C. Existe mais alguma coisa que eu posso não ter mencionado que o(a) senhor(a) acha que possa ter contribuído com a sua decisão de não retornar ao ambulatório.