

Uso da acupuntura na depressão
Use of acupuncture in depression
Uso de acupuntura en la depresión

Recebido: 22/08/2020

Aprovado: 05/02/2021

Publicado: 18/06/2021

Elem Guimarães dos Santos¹
Mayra Passabon Amorim²
Edson Theodoro dos Santos Neto³
Marina Médici Loureiro Subtil⁴

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal, realizado de janeiro a março de 2020, em Vitória - ES, com o objetivo de descrever os efeitos da acupuntura em adultos com depressão em uma instituição psiquiátrica. A coleta dos dados utilizou um formulário contendo informações sociodemográficas, ficha de avaliação de acupuntura e a Escala de Hamilton. Dentre os vinte sujeitos avaliados, realizou-se um comparativo com oito sujeitos, sendo quatro do grupo de intervenção (com aplicação de 10 sessões com no máximo 10 pontos) e quatro do grupo controle (sem aplicação de acupuntura). Os resultados mostraram que houve melhora dos sinais e sintomas associados a depressão com redução no escore da escala de Hamilton de 21,75 para 8,0 nos pacientes que receberam o tratamento com acupuntura, ou seja, da condição de depressão grave, foram para depressão leve. Além disso, os pacientes mencionaram melhora do sono, humor, libido, controle das emoções, relaxamento e diminuição das dores. A acupuntura mostrou efeitos benéficos em pacientes com depressão.

Descritores: Acupuntura; Terapia por acupuntura; Depressão; Adulto.

This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study carried out from January to March 2020, in Vitória, in the state of Espírito Santo, Brazil. It aims to describe the effects of acupuncture on adults with depression in a psychiatric institution. Data collection used a form containing sociodemographic information, acupuncture assessment form and the Hamilton Scale. Among the twenty subjects evaluated, a comparison was made among eight subjects, of which four from the intervention group (with the application of 10 sessions with a maximum of 10 points) and four from the control group (without the application of acupuncture). The results showed that there was improvement in the signs and symptoms associated with depression, with a reduction in the Hamilton scale score from 21.75 to 8.0 in the patients who received treatment with acupuncture; that is, from the condition of severe depression to mild depression. In addition, patients mentioned improvement in their sleep, mood, libido, control of emotions, relaxation and decreased pain. Acupuncture has shown beneficial effects in patients with depression.

Descriptors: Acupuncture; Acupuncture therapy; Depression; Adult.

Este es un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal realizado de enero a marzo de 2020, en Vitória - ES, Brasil, con el objetivo de describir los efectos de la acupuntura en adultos con depresión en una institución psiquiátrica. Para la recogida de datos se utilizó un formulario que contenía informaciones sociodemográficas, una hoja de evaluación de acupuntura y la escala de Hamilton. Entre los veinte sujetos evaluados, se realizó una comparación con ocho sujetos, cuatro del grupo de intervención (con aplicación de 10 sesiones con un máximo de 10 puntos) y cuatro del grupo control (sin aplicación de acupuntura). Los resultados mostraron que hubo una mejora de los signos y síntomas asociados a la depresión con una reducción de la puntuación de la escala de Hamilton de 21,75 a 8,0 en los pacientes que recibieron tratamiento de acupuntura, es decir, de una depresión grave a una depresión leve. Además, los pacientes mencionaron la mejora del sueño, el estado de ánimo, la libido, el control de las emociones, la relajación y la disminución del dolor. La acupuntura mostró efectos beneficiosos en pacientes con depresión.

Descritores: Acupuntura; Terapia por acupuntura; Depresión; Adulto.

1. Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Coletiva. Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES). Especialista em Acupuntura Integrativa. Vitória, ES, Brasil. ORCID: 0000-0002-6874-6648 E-mail: elemsantos@hotmail.com

2. Terapeuta Ocupacional. Especialista em Análise Institucional, Esquizoanálise e Esquizodrama. Especialista em Acupuntura Integrativa. Terapeuta Ocupacional do Instituto Capixaba de Psiquiatria. Vitória, ES, Brasil. ORCID: 0000-0002-3530-5969 E-mail: myra_es@yahoo.com.br

3. Cirurgião Dentista. Mestre em Saúde Coletiva. Doutor em Epidemiologia em Saúde Pública. Professor Associado da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. ORCID: 0000-0002-7351-7719 E-mail: edsontheodoro@uol.com.br

4. Fisioterapeuta. Especialista em Acupuntura. Mestre e Doutora em Psicologia. Professora da Faculdade Inspirar. Vitória, ES, Brasil. ORCID: 0000-0002-5601-815X E-mail: marina.fisio@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No âmbito das práticas assistenciais, muito tem-se discutido atualmente sobre a mudança do foco curativista e farmacoterapêutico em saúde para a prevenção e promoção de práticas que visem a integralidade do cuidado em saúde, o que pode ser alcançado com as Práticas Integrativas e Complementares (PICS). A partir de 2006, no Brasil, as PICS foram inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) como condutas terapêuticas e novas estratégias nos níveis de saúde (promoção, proteção, manutenção e recuperação), homologadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)¹.

Entre as terapias complementares, está a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), surgida há mais de 4.500 anos, que traz concepções filosóficas relacionadas à saúde e doença, direcionando o tratamento conforme os estágios da evolução do processo de adoecer.

A Acupuntura constitui-se como o recurso mais conhecido da MTC no Ocidente, com terapêutica baseada em diagnósticos precisos. Surgiu há mais de 4.000 anos, passando a ser utilizada no Japão, Coreia do Norte e do Sul, e expandindo-se por toda a Ásia e mundo ocidental a partir da década de 1970². A acupuntura é o meio pelo qual: “*mediante inserção de agulhas, são feitas a introdução, a mobilização, a circulação e o desbloqueio da energia, promovendo a harmonização, o fortalecimento dos órgãos, das vísceras e do corpo*”².

A palavra “acupuntura” vem do latim *acus* (agulha) e *puntura* (picar), e está relacionada à estimulação de determinados pontos do corpo com agulha para restaurar o equilíbrio energético, promover a circulação da energia nos canais energéticos e dos órgãos e vísceras, levando a uma harmonização do corpo e a manutenção da saúde. São quatro conceitos básicos da concepção filosófica chinesa que norteiam o tratamento com acupuntura: o conceito do *yin/yang*, conceito dos cinco movimentos, o conceito dos *zang fu* (órgãos e vísceras) e os meridianos de energia².

Na teoria do *yin/yang*, o *yang* representa o movimento, energia, e o *yin* representa a massa ou matéria. Energia e massa estão em constante processo de transformação e se complementam. O desequilíbrio entre esses aspectos gera, em grande parte, a doença. A MTC usa desses princípios para explicar os desequilíbrios energéticos, as funções e estruturas orgânicas, fisiológicas e o adoecimento, assim como serve de guia no diagnóstico e tratamento clínico^{2,3}.

Assim como a teoria do *yin/yang*, a teoria dos cinco elementos ou cinco movimentos constitui a base da medicina chinesa e ocupa lugar importante dentro dela. Os cinco movimentos constituem os cinco elementos básicos que estão na natureza: madeira, fogo, metal, terra e água. Esses movimentos não estão associados somente a elementos, mas a cores, sabores, sons, órgãos e emoções e se interrelacionam pelo ciclo de geração e de inibição e se aplicam a fisiopatologia das doenças³⁻⁵.

Os órgãos e vísceras do corpo humano podem ser classificados conforme a teoria dos cinco movimentos. O coração representa o fogo, a água o rim, o metal o pulmão, a madeira o fígado e a terra o baço/pâncreas. A instalação de doenças se dá quando há uma desarmonia entre esses elementos/órgãos e vísceras, gerando um ciclo patológico, que pode ser chamado de contradominância ou inversão do sentido fisiológico energético. O estudo dessa teoria serve de base para determinar o tratamento e o processo de cura na acupuntura³⁻⁵.

A teoria dos *zang fu* (órgãos e vísceras) estuda a fisiologia e patologia baseada no funcionamento energético dos sistemas de órgãos e vísceras, sendo classificados em órgãos *yin* (*zang*) (coração, fígado, pulmões, baço, rins), que armazenam as substâncias fundamentais (*Qi*, essência, sangue e fluidos corporais) e órgãos *yang* (*fu*) (intestino delgado, vesícula biliar, intestino grosso, estômago, bexiga e triplo aquecedor) que recebem e transformam os alimentos e líquidos para produção de *Qi* e sangue. Para todo órgão *yin* existe um órgão ou víscera *yang* que o complementa; assim órgãos e vísceras combinam-se em pares, chamados acoplados, correspondentes ao elemento simbolizado dentro da teoria dos cinco movimentos e têm relação com os meridianos ou canais energéticos⁵.

Os pontos de acupuntura se localizam nos canais energéticos ou meridianos, que se projetam na pele. São pontos locais ou vias na qual a agulha é inserida, localizados entre tecidos, ossos e tendões ou partes moles ou rígidas dos tecidos⁴.

Os pontos de acupuntura podem ter ação sistêmica, local (ações específicas) ou à distância. Funcionam como meio de comunicação entre o meio interno e externo do corpo, conduzindo as energias, tanto perversas quanto celestiais, aos canais principais e, por sua vez, aos *zang fu* e tecidos. Agem sobre o sistema nervoso autônomo e sistema nervoso central, estimulando a circulação de *Qi* e *xue*, ativando a liberação de hormônios, neurotransmissores e reações de analgesia, hipoalgesia, hiper ou hipofunção de estruturas orgânicas. Nos diversos quadros de síndromes e disfunções energéticas dos *zang fu* podem ser combinados diferentes pontos de acupuntura^{2,4}.

Os distúrbios psíquicos podem ser tratados pela estimulação de pontos de acupuntura para restabelecimento do livre fluxo de *Qi* e das emoções, como no caso da depressão. Na medicina ocidental, o termo depressão se refere tanto ao um estado afetivo normal (tristeza) como a uma síndrome (alterações de humor, incluindo outras alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas), um sintoma (pode surgir nos mais variados quadros clínicos, ou situações adversas, como estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, e outros) ou uma doença (transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, transtorno disfórico pré-menstrual, entre outros), assim como os fenômenos neuronais ou neuro-endócrinos associados^{6,7}.

O diagnóstico de depressão é caracterizado por sintomas afetivos, psicomotores, ideativos, de autoavaliação e cognitivos, com duração de, pelo menos, duas semanas (no caso de depressão maior) e até dois anos (na distímia). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição - DSM-V⁸, os transtornos depressivos incluem transtorno depressivo maior, transtorno disruptivo de desregulação do humor, distímia, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substâncias/medicamentos, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado, ou ainda outro transtorno depressivo não especificado^{7,8}.

Estudo epidemiológico realizado no Brasil revelou alta prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira quando comparado com países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, destacando-se a depressão, transtornos da ansiedade, fobias e usos de substâncias psicoativas entre as quatro primeiras colocações com prevalência de 30% a 50% para toda a vida e 19% e 34% ocorrência no ano⁹.

Estudos^{10,11} estimaram que, atualmente, no mundo, a prevalência de depressão entre adultos está em torno de 3,0 a 6,6% no ano (12 meses), e até 16,2% ao longo da vida, com mais de 15% em países como Estados Unidos, França e Holanda. No Brasil, uma investigação¹² com maiores de 18 anos, por meio de um inquérito comunitário com 1464 moradores de dois bairros da cidade de São Paulo, revelou que 45,9% dos entrevistados tiveram pelo menos um diagnóstico de transtorno mental ao longo da vida, 26,8% no ano (12 meses) e 22,2% no mês anterior à entrevista.

Outro trabalho¹³ com pessoas entre 15 e 75 anos, em 2007 e 2008, revelou prevalência de depressão ao longo da vida de 17,4% e 19,9%, respectivamente. Considerando o cenário internacional, pode-se inferir que, no Brasil, a prevalência de depressão é elevada e gera grandes impactos na saúde física e mental, assim como na qualidade de vida das pessoas⁷.

Para a MTC, as doenças mentais ou síndromes psiquiátricas são chamadas de *Dian Kuang*, não havendo uma distinção entre esquizofrenia, depressão, distúrbio bipolar, estados psicóticos ou paranóicos^{3,14}. São agrupadas em *Dian* (tipo *yin*, por obstrução do fluxo de *Qi*, polo depressivo, com características de embotamento, apatia) ou *Kuang* (tipo *yang*, por alterações da mente pelo fogo, polo maníaco com excesso de atividade mental ou motora). Essas síndromes são causadas por alterações ou desarmonias entre *yin* e *yang*, obstruções do *Qi* e do sangue ou pela presença de mucosidade e calor³.

Subdivide-se a síndrome *Dian Kuang* do tipo excesso e deficiência. A síndrome *Dian* por excesso se refere a obstrução do *Qi* do fígado e mucosidade, associadas a frustração e excesso de preocupação, ambas relacionadas ao fígado e ao baço. O tratamento visa regularizar o fluxo de *Qi*, removendo a estagnação, eliminando a mucosidade e restituindo a consciência. A síndrome *Dian* por deficiência está associada à desarmonia do coração e baço, que consome o *Qi* e o sangue, impedindo que o coração seja nutrido. O tratamento é nutrir o coração, regularizar o fluxo do *Qi* e acalmar a mente³.

Nas síndromes *Kuan (yang)* a principal causa associada é a alteração do *shen* pela ascensão do fogo que afeta o coração, o fígado e a vesícula biliar. A síndrome *Kuan* por excesso a ascensão do fogo se relaciona à mucosidade-fogo que sobe e obstrui a mente por hiperatividade do fígado (excesso de raiva). O tratamento consiste em drenar a mucosidade e clarear o fogo. A síndrome *Kuan* por deficiência se refere ao consumo do *yin* que gera calor e fogo pelo estado prolongado de excitação e mania. O tratamento consiste em nutrir o *yin*, acalmar a mente e reduzir o fogo, estabilizando as emoções³.

Além das síndromes *Dian Kuang*, os distúrbios psíquicos podem ser agrupados de acordo com as alterações de *yin yang*, *Qi*, sangue e dos *zang fu*. A utilização de pontos que atuem diretamente no *shen*, coração e fígado são indicados para a maioria das síndromes relacionadas aos distúrbios psíquicos. Na depressão, o fígado sempre estará especificamente envolvido, por abrigar a alma etérea (*Hun*), que é responsável pelos projetos de vida, planos, ideias, propósitos, relação com outras pessoas, dentre outros. Assim, se a alma etérea estiver em excesso por hiperatividade da mente (*shen*-coração) ou falta de controle, a pessoa manifesta quadro maníaco; se estiver em deficiência, a pessoa tende a deprimir-se. A depressão pode ser decorrente de alguns fatores patogênicos inibirem a alma etérea ou o livre fluxo do *Qi* e das emoções (por exemplo, por estagnação ou deficiência do fígado, baço ou rim)³.

A acupuntura pode ter grande eficácia no tratamento da depressão, removendo a estagnação e permitindo o livre fluxo de *Qi* e das emoções, expelindo os fatores patogênicos e nutrindo os órgãos em deficiência, gerando melhora dos sintomas e da qualidade de vida das pessoas¹⁵.

A acupuntura tem sido uma técnica utilizada para o tratamento de depressão, pois oferece possibilidades de aplicação em qualquer faixa etária e pode ser associada a outras terapêuticas, favorecendo a diminuição do uso de medicamentos e intoxicações, garantindo melhora da qualidade de vida e melhores resultados no tratamento das disfunções em saúde. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever os efeitos da acupuntura em adultos com depressão em uma instituição psiquiátrica.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo e quantitativo realizado com pacientes adultos (homens ou mulheres) internos com diagnóstico clínico de depressão, numa instituição psiquiátrica privada no período de janeiro a março de 2020, município de Vitória - ES.

A referida instituição funciona 24 horas e está preparada para acolher pacientes psiquiátricos (adolescentes, adultos e idosos) em momento de instabilidade, oferecendo infraestrutura adequada para o diagnóstico e tratamento psiquiátrico, e também atua como unidade de atenção especial para crises, internamento psiquiátrico especializado, hospital-dia e ambulatório.

Excluiu-se mulheres grávidas, pacientes em uso de coagulantes ou com lesões extensas de pele, sujeitos que interromperam voluntariamente o tratamento com acupuntura, que faltaram a duas sessões consecutivas ou por recomendação médica.

Os sujeitos foram divididos em dois grupos, de forma aleatória, por meio de sorteio prévio por programa computadorizado. O grupo de intervenção (GI) foi composto por sujeitos que passaram pela avaliação inicial e receberam o tratamento com 10 sessões de acupuntura, de 1 a 2 vezes por semana. E, o grupo controle (GC) foi composto por sujeitos que passaram somente

pela avaliação inicial. Os dois grupos (GI e GC) foram reavaliados, a posteriori, utilizando os mesmos parâmetros iniciais.

Utilizou-se como instrumentos de pesquisa: *Formulário* contendo dados de caracterização geral e sociodemográfica e avaliação de acupuntura (língua, pulso e inspeção geral). Outro instrumento utilizado na pesquisa foi a *Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D)*, versão contendo 17 itens, para mensurar o estado de depressão. O escore utilizado foi inferior a 7 = normal; 8 a 13 = depressão leve; 14 a 18 = depressão moderada; 19 a 22 = depressão grave; ≥ 23 = depressão muito grave¹⁶.

As sessões foram realizadas utilizando-se no máximo 10 agulhas em aço inoxidável, descartáveis, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Brasil, tamanho 0,25mm x 40mm, com inserção profunda até promover a sensação de “*de qi*” (sensação de dor, dormência)⁴. Foi utilizado algodão e álcool líquido a 70% para a higienização do local antes da aplicação das agulhas de acupuntura. O tempo de retenção das agulhas foi de 30 minutos e o atendimento realizado em maca ou no leito do paciente no ambiente da clínica com profissional de nível superior, estudante de acupuntura sob a supervisão de um profissional já formado como acupunturista.

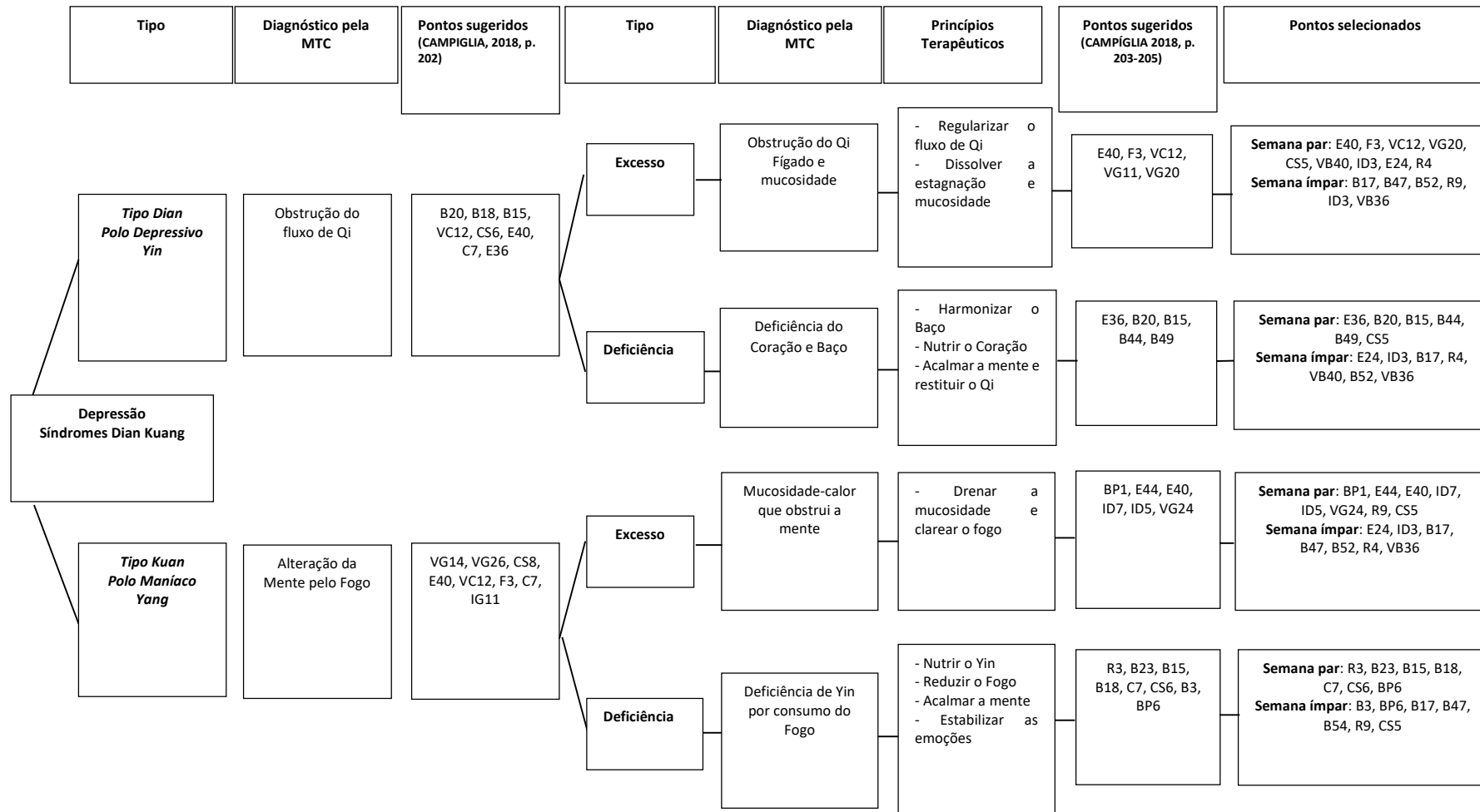
A avaliação inicial, a reavaliação e a intervenção foram realizadas por pessoas diferentes, ambas profissionais da área da saúde, com formação em terapia ocupacional e estudantes de pós-graduação em acupuntura integrativa com prática clínica em ambulatório. O número de 10 sessões foi definido em razão do tempo médio de permanência dos pacientes na clínica psiquiátrica.

Os princípios terapêuticos e diagnóstico foram definidos com base na avaliação inicial, inspeção geral e avaliação de pulso e língua. Dependendo da síndrome, foram definidas perspectivas terapêuticas como: regularizar o fluxo de *Qi*, remover a estagnação, eliminar mucosidade, nutrir o coração e acalmar a mente. A seleção dos pontos se deu com base no protocolo de tratamento para síndrome Dian e Kuang, por excesso ou deficiência sugerido por Campíglio³, agrupados por semana par e semana ímpar, como na Figura 1.

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de tabelas de frequências utilizando-se o *Microsoft Office Excel*, versão 2010.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Inspirar, registrado na Plataforma Brasil sob o número do parecer 3.779.278 e CAEE: 25581719.1.0000.5221.

Figura 1. Aspectos para tratamento da Depressão na Acupuntura. Vitória-ES, 2020.



RESULTADOS

Foram avaliados 20 sujeitos em tratamento na clínica psiquiátrica, dos quais 10 no GI e 10 no GC. Porém, nos dois grupos, houveram sujeitos que interromperam a pesquisa (seis em cada um deles), ficando quatro para GI e quatro para GC. Os motivos de desistência foram: desejo próprio, mudança na rotina da clínica, ausência em mais de 2 sessões consecutivas, alta da clínica e residir em outro Estado, acometimento por outras doenças (Dengue, Chicungunya, Pneumonia) e a pandemia do coronavírus. A Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos dos sujeitos em valores absolutos e percentuais.

Tabela 1. Pacientes de acordo com dados sociodemográficos. Vitória - ES 2020.

| Variável | | N | % |
|-------------------------------|-------------------------------|----|------|
| Sexo | Feminino | 16 | 80,0 |
| | Masculino | 4 | 20,0 |
| Naturalidade | Grande Vitória | 11 | 55,0 |
| | Outro estado | 6 | 30,0 |
| | Outro município | 3 | 15,0 |
| Estado Civil | Casado/União estável | 11 | 55,0 |
| | Divorciado | 3 | 15,0 |
| | Solteiro | 6 | 30,0 |
| Escolaridade | Ensino Fundamental incompleto | 1 | 5,0 |
| | Ensino Médio | 7 | 35,0 |
| | Ensino Superior completo | 3 | 15,0 |
| | Ensino Superior incompleto | 6 | 30,0 |
| | Pós-graduação | 3 | 15,0 |
| Faixa Etária | 30-39 anos | 6 | 30,0 |
| | 40-49 anos | 5 | 25,0 |
| | 50-59 anos | 5 | 25,0 |
| | Até 29 anos | 4 | 20,0 |
| Profissão | Açougueiro | 1 | 5,0 |
| | Agente comunitário | 1 | 5,0 |
| | Analista | 1 | 5,0 |
| | Auxiliar de educação | 1 | 5,0 |
| | Auxiliar de serviços gerais | 1 | 5,0 |
| | Copeiro | 1 | 5,0 |
| | Cozinheiro | 1 | 5,0 |
| | Engenheiro | 1 | 5,0 |
| | Fiscal de caixa | 1 | 5,0 |
| | Militar | 1 | 5,0 |
| | Não trabalha | 3 | 15,0 |
| | Professor | 3 | 15,0 |
| | Técnico de enfermagem | 1 | 5,0 |
| | Técnico de mecânica | 1 | 5,0 |
| | Técnico em agropecuária | 1 | 5,0 |
| | Vigilante | 1 | 5,0 |
| Situação de trabalho | Afastado pela doença | 15 | 75,0 |
| | Aposentado pela doença | 2 | 10,0 |
| | Não trabalha | 3 | 15,0 |
| Satisfeito no Trabalho | Não | 9 | 45,0 |
| | Não trabalha | 3 | 15,0 |
| | Sim | 8 | 40,0 |
| Religião | Agnóstico | 1 | 5,0 |
| | Católico | 1 | 5,0 |
| | Espírita | 2 | 10,0 |
| | Evangélico | 11 | 55,0 |
| | Nenhuma | 5 | 25,0 |

Com relação as causas associadas a depressão, 30% (n=6) estava relacionado a frustrações, estresse e raiva no trabalho, 35% (n=7) a perdas e morte de ente querido, 75% (n=15) a traumas na infância, 15% (n=3) a traumas na idade adulta (abuso sexual, violência doméstica) e 10% (n=20) relacionados ao uso de drogas.

Quanto ao regime de tratamento, 40% (n=8) dos pacientes estavam internados na clínica e 60% (n=12) estavam sob o regime de hospital-dia ou tratamento ambulatorial. Quanto ao diagnóstico segundo o CID-11, 25% (n=5) foram classificados com transtornos depressivos sem associação com outros transtornos, e 75% (n=15) dos transtornos estavam associados a outros transtornos como ansiedade, estresse, uso de drogas, transtorno de personalidade e pânico.

Quanto à classificação segundo a escala de Hamilton, 60% (n=12) foram classificados com depressão muito grave, 30% (n=6) com depressão grave e 10% (n=2) com depressão moderada. Com relação à quantidade de medicações utilizadas, a média foi de 3,5 por sujeito. Quanto ao número de tentativas de suicídio, a média foi de pelo menos 1,6 tentativas por sujeito, e estavam relacionadas a medicação 50% (n=10), força 25% (n=5), automutilação 15% (n=3) e ideias, gestos e comportamentos suicidas sem tentativas 25% (n=5).

O diagnóstico na MTC foi definido conforme avaliação com inspeção e observação geral, constando-se que a maioria dos pacientes apresentava postura de retraimento 40% (n=8), voz fraca 45% (n=9), face pálida 55% (n=11), aspecto mais *Yin* (75%) (n=15), pele seca 75% (n=15), olhos apáticos 50% (n=10), falta de ar, respiração curta e ofegante 80% (n=16). Com relação ao sono, a maioria relatou insônia nos três estágios inicial, intermediária e final 90% (n=18), com excesso de sonhos, pesadelos e inquietação mental em 25% (n=5) dos sujeitos. Quanto a atividade sexual, 70% (n=14) relatou diminuição da libido. Quanto às excreções, a maioria relatou fezes endurecidas 65% (n=13) e problemas gastrintestinais 90% (n=18), e, nas mulheres, problemas ginecológicos (cólicas, miomas, tensão pré-menstrual, irritabilidade, presença de coágulos e dismenorreia) foram relatados em 80% (n=16) das entrevistadas. Quanto às sensações, os sujeitos do estudo relataram sensação de angústia 90% (n=18), bolo na garganta 50% (n=10), palpitações 25% (n=5), peso nos ombros 55% (n=11) e pressão na cabeça com dor de cabeça 80% (n=16). Com relação às emoções, houve predomínio de tristeza 90% (n=18), medo 70% (n=14), raiva 20% (n=4) e ansiedade 10% (n=2).

Quanto a avaliação de língua e pulso, a Tabela 2 mostra os valores absolutos e percentuais, conforme diagnóstico em MTC. Já as Tabela 3 e 4 mostram um comparativo entre o GI e o GC, quanto a avaliação de língua e pulso e o escore de Hamilton da avaliação inicial e reavaliação para depressão.

Tabela 2. Avaliação de Pulso e Língua e Diagnóstico segundo a MTC dos pacientes com depressão da Instituição Psiquiátrica em Vitória - ES, 2020.

| | | N(N=20) | % |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------|------|
| Cor da língua | Pálida | 3 | 15,0 |
| | Pálida. Laterais arroxeadas | 1 | 5,0 |
| | Pálida. Ponta avermelhada | 3 | 15,0 |
| | Pálida. Ponta e laterais avermelhadas | 2 | 10,0 |
| | Roxa. Laterais arroxeadas | 1 | 5,0 |
| | Roxa. Ponta e laterais avermelhadas. Centro roxo | 2 | 10,0 |
| | Vermelha com saburra | 3 | 15,0 |
| | Vermelha com saburra. Ponta avermelhada | 3 | 15,0 |
| | Vermelha sem saburra | 2 | 10,0 |
| Forma da língua | Aumentada | 12 | 60,0 |
| | Fina | 3 | 15,0 |
| | Parcialmente aumentada | 5 | 25,0 |
| | Curta | 6 | 30,0 |
| | Longa | 14 | 70,0 |
| | Flácida | 15 | 75,0 |
| Marcas de dente | Rígida | 5 | 25,0 |
| | Não | 2 | 10,0 |
| Fissuras | Sim | 18 | 90,0 |
| | Fissura na área do coração | 4 | 20,0 |
| | Fissuras curtas na área do estômago | 3 | 15,0 |
| | Fissuras profundas na área do estômago | 7 | 35,0 |
| | Fissuras profundas na área do estômago, coração e rim | 1 | 5,0 |
| | Fissuras profundas na área do estômago, pulmão, coração e rim | 1 | 5,0 |
| | Fissuras profundas na área do pulmão e coração | 1 | 5,0 |
| Sem fissuras | 3 | 15,0 | |
| Mobilidade da Língua | Desviada | 4 | 20,0 |
| | Normal | 4 | 20,0 |
| | Trêmula | 12 | 60,0 |
| Saburra da Língua | Ausência de saburra | 2 | 10,0 |
| | Espessa com raiz | 5 | 25,0 |
| | Espessa sem raiz | 5 | 25,0 |
| | Fina com raiz | 4 | 20,0 |
| | Fina sem raiz | 4 | 20,0 |
| Cor da saburra | Amarela | 3 | 15,0 |
| | Ausência de saburra | 2 | 10,0 |
| | Branca | 15 | 75,0 |
| Textura da saburra | Descamada e seca | 3 | 15,0 |
| | Pegajosa | 2 | 10,0 |
| | Seca | 11 | 55,0 |
| | Úmida | 4 | 20,0 |
| Pulso | Profundo, lento, vazio, fraco | 13 | 65,0 |
| | Profundo, rápido, vazio, fraco | 2 | 10,0 |
| | Superficial, cheio, rápido | 2 | 10,0 |
| | Superficial, cheio, rápido, tenso | 2 | 10,0 |
| | Superficial, lento, vazio, fraco | 1 | 5,0 |
| Diagnóstico segundo a MTC | Síndrome Dian por Deficiência | 12 | 60,0 |
| | Síndrome Dian por Excesso | 3 | 15,0 |
| | Síndrome Kuang por Excesso | 2 | 10,0 |
| | Síndrome Kuang por Deficiência | 3 | 15,0 |

Tabela 3. Comparativo entre o GI e GC quanto a avaliação de língua e pulso. Vitória - ES, 2020.

| | Língua | Língua | Pulso | Pulso |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Grupo de Intervenção | Avaliação | Reavaliação | Avaliação | Reavaliação |
| Sujeito 1 | Vermelha sem saburra. Aumentada, longa, flácida, marcas de dente, fissuras profundas centrais, trêmula. Saburra branca, fina, úmida. | Sem alteração | Superficial, cheio e rápido | Superficial, regular |
| Sujeito 2 | Vermelha com saburra. Aumentada, flácida, longa, trêmula. Fissuras profundas na área do estômago, pulmão, coração e rim. Saburra fina, amarela e seca. | Alteração na saburra, espessa, esbranquiçada e seca. | Superficial, cheio, rápido e tenso | Superficial, rápido |
| Sujeito 3 | Pálida. Parcialmente aumentada, flácida, longa, desviada. Fissura na área do coração. Saburra espessa sem raiz, branca e seca. | Sem alteração | Profundo, lento, vazio, fraco | Superficial, fraco, vazio |
| Sujeito 4 | Pálida. Fina, curta, flácida, trêmula. Fissura na área do coração. Saburra espessa com raiz, branca e seca. | Sem alteração | Profundo, lento, vazio, fraco | Profundo, cheio, regular |
| | Língua | Língua | Pulso | Pulso |
| Grupo Controle | Avaliação | Reavaliação | Avaliação | Reavaliação |
| Sujeito 1 | Pálida. Ponta e laterais avermelhadas. Aumentada, longa, flácida. Fissuras curtas na área do estômago. Saburra espessa com raiz, branca e seca. | Sem alteração | Profundo, lento, vazio, fraco | Profundo, rápido e vazio |
| Sujeito 2 | Pálida. Laterais Arroxeadas. Aumentada, longa, flácida. Saburra espessa, branca e seca. | Alteração de saburra, fina com raiz, branca e seca. Petéquias em região de coração. | Profundo, lento, vazio, fraco | Sem alteração |
| Sujeito 3 | Pálida. Ponta avermelhada. Parcialmente aumentada, longa, flácida. Fissuras curtas na área do estômago. Saburra espessa com raiz, branca e seca. | Alteração com Petéquias região do coração. | Profundo, rápido, vazio, fraco | Sem alteração |
| Sujeito 4 | Pálida. Ponta avermelhada. Aumentada, curta, rígida, desviada. Fissuras profundas na área do estômago, coração e rim. Saburra fina sem raiz, branca e seca. | Sem alteração | Profundo, lento, vazio, fraco | Sem alteração |

Tabela 4. Comparativo entre o GI e GC, quanto ao escore de Hamilton. Vitória-ES, 2020.

| Grupo de Intervenção | Escore Inicial | Escore final |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|
| Sujeito 1 | 20 | 13 |
| Sujeito 2 | 20 | 6 |
| Sujeito 3 | 24 | 9 |
| Sujeito 4 | 23 | 4 |
| Média ± dp | 21,75±2,1 | 8,0±3,9 |
| Grupo Controle | Escore Inicial | Escore final |
| Sujeito 1 | 19 | 12 |
| Sujeito 2 | 20 | 31 |
| Sujeito 3 | 28 | 21 |
| Sujeito 4 | 30 | 26 |
| Média ± dp | 24,25±5,6 | 15,20±8,1 |

DISCUSSÃO

Estudos mundiais que utilizaram como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença identificaram a depressão (13%) como a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde e afastamento no trabalho, limitando o funcionamento físico, pessoal e social^{17,18}. Uma pesquisa¹⁸ revelou que 72% dos casos de afastamento no trabalho estava relacionado à depressão e que a insatisfação no trabalho levaria a um aumento significativo de sintomas depressivos e transtornos relacionados ao sono, como a insônia.

Outros estudos apontam a maior incidência de depressão em mulheres, a necessidade do afastamento do trabalho e incidência cada vez maior em faixas etárias mais jovens¹⁹⁻²¹. A Organização Mundial de Saúde¹⁹ (OMS) destaca que mulheres apresentam 10 a 20% maiores chances de desenvolver depressão do que homens. Estudos realizados no Brasil^{20,21} evidenciaram a prevalência de depressão mais significativa em mulheres, com nível de escolaridade mais baixo, na faixa etária entre 50-59 anos (22%), sendo 19% na faixa etária entre 30-39 e 20-29 anos, a maioria tinha alguma religião e eram casados ou tinham união estável, corroborando os resultados encontrados nesta pesquisa.

Quanto à escolaridade, o nível superior prevaleceu entre os sujeitos da população estudada, diferente de resultados encontrados em outros estudos em que a incidência foi mais acentuada em níveis mais baixos de escolaridade. Isso se deve ao local de estudo, que foi uma clínica particular em que os sujeitos tinham um nível social mais elevado entre classe média e alta. A religião, apesar de influenciar no modo como as pessoas podem lidar com as situações de estresse, sofrimento ou problemas, não foi identificada como fator de proteção para a depressão. Ao contrário, alguns aspectos da religião podem levar a sentimentos de culpa, medo, dúvida e até contribuir para a depressão²⁰.

Com relação as causas relacionadas a depressão, o relatório da OMS¹⁹ revela que vários fatores podem influenciar na instalação da depressão, destacando uma interação complexa de fatores sociais, psicológicos e biológicos, tais como eventos adversos como desemprego, traumas psicológicos, luto, entre outros. Neste estudo, as principais causas mencionadas pelos sujeitos foram traumas de infância, uso de drogas, estresse, raiva e luto ou perdas, tendo predomínio dos traumas e abusos na infância. Ainda são escassos no Brasil os estudos que relacionam os traumas na infância com psicopatologias.

Uma pesquisa transversal²² de base populacional realizado em 1996, em Pelotas - RS, analisou a associação entre os eventos estressantes ocorridos na infância e adolescência (perdas por morte ou abandono, separação dos pais, maus tratos, abuso sexual, presença de familiar com doença crônica ou alcoolista) com os transtornos psiquiátricos na idade adulta obtendo uma prevalência estatisticamente significativa de 23,8%. Dentro da MTC, as alterações emocionais são fatores etiológicos para todas as doenças mentais, destacando-se alguns fatores como experiências emocionais traumatizantes, frustrações, perda de pessoas queridas, doenças

crônicas e uso de drogas ocorridos tanto na infância, na idade do adulto jovem e na idade adulta³.

Quanto ao tratamento da depressão, a maioria das pessoas necessitarão, em algum momento, de algum tipo de tratamento seja internação ou ambulatorial. Neste estudo, a maioria dos pacientes faziam o tratamento ambulatorial. Esse tipo de tratamento vai ao encontro das diretrizes preconizadas pelas portarias do Ministério da Saúde do Brasil, visto que os serviços de atenção psicossocial assumem papel estratégico, como dispositivos substitutivos e eficazes na mudança do modelo assistencial em saúde mental, promovendo o acolhimento e cuidado e a reinserção social de pessoas com transtornos mentais.

Com relação ao diagnóstico, houve predomínio dos transtornos depressivos associados a outros, tais como: ansiedade, estresse, uso de drogas, transtorno de personalidade e pânico. A associação entre a depressão e outros transtornos é muito comum e tem impacto extremamente negativo no prognóstico da doença, aumentando a disfunção sócio ocupacional e a incidência de tentativas de suicídio, gerando pior resposta ao tratamento²¹.

Quanto à classificação segundo a escala de Hamilton, a pontuação média encontrada foi de $23,4 \pm 4,5$, sendo que 60% (n=12) dos sujeitos foram classificados com depressão muito grave, 30% (n=6) com depressão grave e 10% (n=2) com depressão moderada. Uma investigação epidemiológica realizada no Sul do Brasil²³ obteve uma pontuação média de $16,6 \pm 6,6$ para o grupo que relatou sintomas depressivos, caracterizados como depressão moderada.

A escala de Hamilton foi elaborada exclusivamente para pacientes previamente diagnosticados com transtorno depressivo e a forma como foram organizados seus itens de escolha serve para identificar a gravidade dos sintomas depressivos. Dentro da escala de Hamilton são abordados sintomas nas categorias de humor, cognitivos, somáticos, motores, sociais e de ansiedade, sendo que os aspectos cognitivos e somáticos correspondem a 50% da pontuação total da escala, por isso os resultados dependem das mudanças vivenciadas por pacientes gravemente deprimidos¹⁶.

Quanto ao comparativo entre o GI e GC, observou-se que a média de escore de Hamilton na avaliação inicial no GI foi de $21,75 \pm 2,1$ (depressão grave). Na reavaliação final o escore foi de $8,0 \pm 3,9$ (depressão leve). Observou-se uma redução significativa dos sintomas depressivos do nível grave para leve. Já no GC, a média do escore de Hamilton na avaliação inicial foi de $24,25 \pm 5,6$ (depressão grave). Na reavaliação essa média foi de $15,20 \pm 8,1$ (depressão moderada), havendo redução dos sintomas depressivos do nível grave para moderado.

Quanto aos relatos na reavaliação, os pacientes do GI, em geral, mencionaram melhora do sono, humor, capacidade de iniciativa, controle das emoções, melhora das sensações (angústias, medos, falta de ar), libido, relaxamento geral, mais disposição, melhora dos sintomas gastrointestinais e diminuição das dores em geral. Os sujeitos do GC não relataram melhora significativa quanto aos sintomas identificados inicialmente. Todos os pacientes deste estudo faziam uso de um ou mais fármacos antidepressivos, por isso a acupuntura foi aplicada como tratamento complementar.

A acupuntura tem se revelado uma técnica com resultados positivos semelhantes àqueles produzidos por fármacos antidepressivos e sem efeitos colaterais, o que é uma grande vantagem²⁴. Trabalho²⁵ realizado em um ambulatório de uma faculdade na Índia, utilizando como parâmetro a escala de Hamilton, avaliou o efeito da acupuntura sobre o estado de hormônios da tireoide na depressão endógena em 10 pacientes. Após 20 sessões, na reavaliação, houve uma redução significativa do escore de Hamilton de $7,0 \pm 3,56$ para $3,2 \pm 1,93$. Além disso, houve uma melhora significativa de sintomas como insônia, depressão, inquietação, dores no corpo e perda do apetite já a partir da décima sessão.

Estudo²⁶ cego único, realizado em 70 pacientes, controlado por placebo, testando a eficácia da acupuntura como coadjuvante ao tratamento farmacológico obteve um resultado

melhor com redução dos sintomas depressivos naqueles pacientes que receberam o tratamento farmacológico combinado com acupuntura.

Os achados de uma revisão sistemática e metanálise²⁷ que avaliaram 18 ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia da acupuntura no tratamento da insônia em pacientes depressivos revelaram que o tratamento com acupuntura trouxe melhorias significativas na qualidade do sono quando comparados àqueles indivíduos tratados somente com medicação, e a associação da acupuntura com a medicação trouxe maiores benefícios para redução da insônia e de outros sintomas depressivos (humor, libido e dores em geral). Outra revisão sistemática e metanálise²⁸ analisou as publicações de ensaios clínicos do uso da acupuntura na depressão, realizados entre 1980 e 2018, encontraram resultados significativos quanto a redução da gravidade da depressão e uso da acupuntura como coadjuvante ao tratamento farmacológico.

Quanto ao número de tentativas de suicídio, a média foi de pelo menos 1,6 tentativas por sujeito, e estavam relacionadas a diferentes meios. A depressão já é considerada pela OMS como um transtorno mental diretamente relacionado às tentativas de suicídio e ao suicídio consumado. Diversos estudos apontam uma associação entre a depressão maior e o comportamento suicida em diferentes desenhos metodológicos e populações^{22,26,29}. Estudo²⁹ realizado com 112 pacientes ambulatoriais no Chile, utilizando a escala de Hamilton, apontou um risco de suicídio significativamente maior em pacientes com depressão. O motivo ou o meio pelo qual o comportamento suicida está associado pareceu não ter muita relevância clínica.

Quanto a observação e inspeção dentro da MTC na avaliação da língua foram observados os aspectos relacionados a cor, forma, mobilidade e saburra (cor e textura). Quanto a coloração da língua, houve predomínio, neste estudo, de 15% (n=3) para as colorações pálida, pálida com ponta avermelhada, vermelha com saburra com ponta avermelhada. Com relação a forma da língua observou-se que a maioria era longa (70% (n=14)), flácida (75% (n=15)), com marcas de dentes (90% (n=18)) e fissuras na área do estômago (35% (n=7)) e coração (20%(n=4)). Quanto a mobilidade da língua a maioria apresentou língua trêmula (60%(n=12)). Quanto a saburra da língua, houve predomínio de saburra branca (75% (n=15)), seca (55% (n=11)), espessa com ou sem raiz (25% (n=5)). Na avaliação de pulso foi observado tipo profundo, lento, vazio e fraco em 65% (n=13) dos sujeitos.

A observação é um dos aspectos mais importantes do diagnóstico na MTC, baseado no princípio de que os órgãos internos e suas desarmonias se manifestam externamente por meio de manifestações clínicas que os antigos chineses chamam de “*imagens*”, como: imagem do pulso, da voz, da face, de um padrão, e outros. A observação e inspeção da voz, pele, olhos, língua e pulso são alguns sinais essenciais no diagnóstico de depressão. A pele tende a ser acinzentada ou esverdeada e sem brilho, ou ainda pálida, os olhos não têm brilho, a voz pode ser fraca, a língua apresenta ponta vermelha com fissura na região do coração e pulso em corda, fino ou fraco/áspero dependendo da condição de plenitude ou excesso e vazio ou deficiência. O diagnóstico vai depender do órgão interno em desarmonia e do padrão de excesso ou deficiência que cada indivíduo apresenta³⁰.

Com relação ao diagnóstico final em MTC³, foi constatado que 60% (n=12) dos sujeitos apresentaram síndrome tipo *Dian* por deficiência, seguido do tipo *Dian* por excesso (15% (n=3)), *Kuang* por excesso (15% (n=3)) e *Kuang* por deficiência (10% (n=2)).

O diagnóstico em MTC das doenças mentais é feito pelo agrupamento em síndromes *Dian Kuang*, não havendo uma distinção entre as síndromes psiquiátricas, sendo aplicados conceitos de plenitude para os padrões de excesso e o conceito de vazio para os padrões de deficiência, atribuindo a depressão à estagnação do *Qi* do fígado em suas várias manifestações, com presença de calor ou fleuma, fleuma-fogo afetando a mente, estase de sangue, entre outros³⁰. Nos estágios mais tardios de depressão surgem os padrões de vazio que acompanham a deficiência do sangue de baço e coração, deficiência do *yang* do coração, deficiência do sangue do fígado, deficiência do *yin* do rim e do coração e deficiência do *yang* do rim³.

A síndrome *Dian* tipicamente mais *yin* é causada, muitas vezes, por experiências emocionais traumatizantes na infância ou na idade adulta, frustrações, perda de algum ente querido ou uso de álcool e drogas. O processo de depressão prolongado leva a um consumo de sangue e *Qi*, impedindo que o coração seja nutrido, levando a uma deficiência do coração e concomitantemente o baço também fica deficiente^{3,5,30}. Neste estudo, houve maior prevalência da síndrome *Dian* por deficiência relacionada ao consumo da energia do coração e do baço.

Para a MTC, o baço está relacionado ao intelecto, a capacidade de raciocínio e concentração. Já o coração abriga a mente (*shen*), que está relacionado aos aspectos emocionais. Quando o coração é forte, o sangue é abundante e a atividade mental, a vida emocional, a memória, o raciocínio é normal e o sono é reparador. Quando coração está fraco, o sangue é deficiente, o indivíduo pode ter problemas mentais, insônia, déficit de memória e dificuldade de raciocínio. A deficiência do sangue no coração na depressão leva a sintomas como pesadelos, insônia, palpitações, medo, pesar, choro fácil, falta de apetite e apatia, tristeza profunda e pensamentos persecutórios. O tratamento em acupuntura consiste em acalmar a mente, nutrir o coração, restituir o *Qi* e nutrir o baço^{3,5,30}.

Comparando-se o GI e o GC nesta pesquisa com relação a avaliação da língua, não houve alterações significativas após as sessões de acupuntura. Quanto ao pulso, observou-se alterações mínimas nos sujeitos 1, 2 e 4 do GI no momento da reavaliação. No GC, houve alteração de pulso apenas no sujeito 1.

A avaliação de língua e pulso são pilares essenciais para diagnóstico em MTC, pois refletem os padrões de desequilíbrio e o estado detalhado dos órgãos internos. A observação da cor do corpo da língua, forma, saburra e umidade são importantes, pois podem fornecer informações claras sobre a desarmonia do paciente. A palpação do pulso reflete o estado geral do *Qi* e do sangue, do estado dos órgãos *yin* e *yang*, do estado das partes do corpo e da constituição do sujeito (*yin/yang*) e está sujeito a influências transitórias de curta duração, sendo mais subjetivo, ao contrário da língua que reflete condições mais estáveis e permanentes. Isso pode explicar porque as alterações observadas nos sujeitos submetidos ao tratamento de acupuntura foram mais evidentes no pulso do que na língua^{3,30}.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi possível descrever os efeitos da acupuntura em adultos com depressão internos em uma instituição psiquiátrica privada. Foi possível ainda identificar que a acupuntura ofereceu tratamento para a depressão, mostrando uma variedade de repostas por meio de diversos protocolos na MTC.

Os pacientes deste estudo apresentaram melhoras significativas dos sintomas depressivos (sono, libido, humor, dor), o que indica resultados satisfatórios e efeito benéfico da acupuntura.

Apesar da escassez de estudos mais analíticos sobre a eficácia da acupuntura como forma de tratamento na depressão, coadjuvante ao tratamento farmacológico ou não, ela tem se revelado como uma técnica da MTC promissora e efetiva que merece mais investigação e atenção.

Muito tem-se avançado no tratamento da depressão com a implementação de novas terapias complementares aos tratamentos convencionais farmacológicos com o uso de psicoterapia, tratamentos naturais e alternativos, homeopatia e a utilização das práticas integrativas como coadjuvantes ao tratamento da depressão como *reiki*, meditação, florais, acupuntura, e outros. Considera-se que tais terapias amenizam os efeitos colaterais do tratamento farmacológico, melhora a qualidade de vida das pessoas e gera uma economia para os serviços por serem tecnologias de baixo custo.

Como limitações neste estudo, tem-se a pequena quantidade de sujeitos que finalizaram o acompanhamento. Há de se considerar que, com uma amostra reduzida, é difícil fazer generalizações e relações significativas entre os resultados alcançados e a intervenção aplicada.

A rotatividade, a dinâmica, a rotina da instituição da pesquisa, o início da pandemia do coronavírus também foram fatores que influenciaram nas perdas.

Mais estudos de ensaios clínicos randomizados são necessários para se avaliar a eficácia, benefícios clínicos e vantagens a longo prazo da acupuntura na depressão.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Portaria n. 971, de 4 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde [Internet]. 2006 [citado em 05 ago 2019]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
2. Yamamura Y. Acupuntura tradicional: a arte de inserir. 2ed. Roca: 2004; 490p.
3. Campiglia H. Psique e medicina tradicional chinesa. 3ed. São Paulo: Icone; 2018. 318p.
4. Wen TS. Acupuntura clássica chinesa. São Paulo: Editora Cultrix Ltda; 1985. 231p.
5. Maciocia G. Os fundamentos da medicina chinesa. 3ed. Rio de Janeiro: Roca; 2018. 987p.
6. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: an integrated view. *Asian J Psychiatr*. [Internet]. 2017 [citado em 02 ago 2019]; 27:101–11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>
7. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [Internet]. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 440p.
8. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ed. DSM-V. Porto Alegre: Artmed; 2015. 992p.
9. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001 [citado em 02 ago 2019]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-mundial-da-saude-2001--saude-mental-nova-concepcao-nova-esperanca-pdf.aspx>
10. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. [Internet]. 2013 [citado em 09 jun 2020]; 43(3):471–81. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291712001511>
11. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns M, Kolivaks T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease burden and principles of care. *Can J Psychiatr*. [Internet]. 2016 [citado em 02 jun 2020]; 61(9):510-23. DOI: <https://doi.org/10.1177/0706743716659416>
12. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatr Epidemiol*. [Internet]. 2002 [citado em 02 jun 2020]; 37(7):316-25. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0551-x>
13. Ribeiro WS, Mari JJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2013 [citado em 05 jun 2020]; 8(5):e63545. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063545>
14. Chenggu, Y. Tratamento das doenças mentais por acupuntura e moxabustão. São Paulo: Roca; 2006. 101p.
15. Smith CA, Armour M, Lee MS, Wang LQ, Hay PJ. Acupuncture for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2018 [citado em 20 ago 2019]; 3(3):CD004046. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004046.pub4>
16. Gorestein C, Wang YP, Hungerbühler I, organizadores. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2016. 500p.

17. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2010 [citado em 04 maio 2021]; 59(3):238-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
18. Cavalheiro G, Tolfo SR. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Psico USF* [Internet]. 2011 [citado em 02 jun 2020]; 16(2):241-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000200013>
19. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado em 02 jun 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=922FDD6FEB42CB653F651342F7CE9051?sequence=1>
20. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2018 [citado em 16 jul 2020]; 67(2):101-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>
21. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2015 [citado em 02 jul 2020]; 18(Supl 2):170-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>
22. Ustárroz LFL. Eventos estressantes, insatisfação na vida e morbidade psiquiátrica menor em Pelotas, RS [Internet]. [dissertação]. Pelotas, RS: Universidade Federal de Pelotas; 1997 [citado em 02 jul 2020]. DOI: <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/Dissert%20Ustarroz.pdf>
23. Freire MA, Figueiredo VL, Marques GA, Jansen K, Silva RA, Magalhães PVS, et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. *J Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2014 [citado em 16 jul 2020]; 63(4):281-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000036>
24. Chan YY, Lo WY, Yang SN, Chen YH, Lin JG. The benefit of combined acupuncture and antidepressant medication for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* [Internet]. 2015 [citado em 16 jul 2020]; 176:106-17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.048>
25. Dhar HL, Vasanti T. Endogenous depression, thyroid function and acupuncture. *Indian J Physiol Pharmacol.* [Internet]. 2001 [citado em 02 jul 2020]; 45(1):125-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2011.09.003>
26. Röschke J, Wolf C, Müller M, Wagner P, Mann K, Grözing M, et al. The benefit from whole body acupuncture in major depression. *J Affect Disord.* [Internet]. 2000 [citado em 16 jul 2020]; 57:73-81. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00061-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00061-0)
27. Dong B, Chen Z, Yin X, Li D, Ma J, Yin P, et al. The efficacy of acupuncture for treating depression-related insomnia compared with a control group: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Res Int.* [Internet]. 2017 [citado em 16 jul 2020]; 6:1-11. DOI: <https://dx.doi.org/10.1155%2F2017%2F9614810>
28. Armour M, Smith CA, Wang LQ, Naidoo D, Yang GY, MacPherson H, et al. Acupuncture for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med.* [Internet]. 2019 [citado em 02 jun 2020]; 8(8):1140. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm8081140>
29. Salvo L, Ramírez J, Castro A. Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Rev Méd Chile.* [Internet]. 2019 [citado em 16 jul 2020]; 147(2):181-9. DOI: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000200181>
30. Maciocia G. Diagnóstico na medicina chinesa. São Paulo: Roca; 2005. 992p.

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUIÇÕES

Elem Guimarães dos Santos e **Mayra Passabon Amorim** participaram da concepção, coleta e análise dos dados e redação. **Edson Theodoro dos Santos Neto** contribuiu na análise e interpretação dos dados e, revisão. **Marina Médici Loureiro Subtil** atuou na concepção, análise e interpretação dos dados e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Santos EG, Amorim MP, Santos Neto ET, Subtil MML. Uso da acupuntura na depressão. REFACS [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(3):552-568. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

SANTOS, E. G.; AMORIM, M. P.; SANTOS NETO, E. T.; SUBTIL, M. M. L. Uso da acupuntura na depressão. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, n. 3, p. 552-568, 2021. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Santos, E.G., Amorim, M.P., Santos Neto, E.T., & Subtil, M.M.L. (2021). Uso da acupuntura na depressão. REFACS, 9(3), 552-568. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

