

CAPÍTULO 3

INTRODUÇÃO À RACIONALIDADE MÉDICA: MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

Data de aceite: 01/03/2023

Roseane Menezes Debatin

Mayra Gabriela Machado de Souza

RESUMO: Tendo em vista a perspectiva sistêmica e integrada à natureza da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o presente capítulo tem como objetivo refletir sobre as contribuições dessa modalidade de Prática Integrativa ao campo da Atenção Primária à Saúde (APS). Destaca-se ainda as aproximações entre a racionalidade médica chinesa e o cuidado integral no contexto da APS. Foram apresentadas as bases conceituais do raciocínio médico chinês e a produção científica que valida a aplicação dos métodos milenares da MTC na APS. Os aspectos centrais descritos no capítulo se referem a: 1) breve histórico da inserção da MTC na cultura ocidental e seus impactos; 2) análise comparativa entre a medicina ocidental tecnológica e a medicina tradicional chinesa; 3) aspectos críticos relativos à indústria farmacêutica e a cultura da medicalização excessiva; 4) comprovação da efetividade e segurança das práticas da MTC no contexto da APS; 5) os desafios dos serviços de APS para propiciar as condições necessárias

para a prática da MTC; 6) o ensino da MTC e demais Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos cursos de graduação e o desenvolvimento das habilidades e competências dos estudantes no campo das APS. Considera-se que os métodos da MTC implementados nos serviços públicos e a inserção das PICS na formação acadêmica na área da saúde possibilitam um trânsito interdisciplinar capaz de preencher as lacunas existentes no cotidiano da prática profissional, do ensino e da pesquisa científica, favorecendo a melhoria da qualidade do cuidado integral na APS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Medicina Tradicional Chinesa, Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT: In view of the systemic perspective and integrated to the nature of Traditional Chinese Medicine (TCM), this chapter aims to reflect on the contributions of this modality of Integrative Practice to the field of Primary Health Care (PHC). The approximations between Chinese medical rationality and comprehensive care in the context of PHC are also highlighted. The conceptual bases of Chinese medical reasoning and the scientific production that

validates the application of ancient T C M m e thods in PHC were presented. The central aspects described in the chapter refer to: 1) a brief history of the insertion of TCM into Western culture and its impacts 2) comparative analysis between technological western medicine and traditional Chinese medicine; 3) critical aspects related to the pharmaceutical industry and the culture of excessive medicalization; 4) proof of effectiveness and safety of MTC practices in the context of APS; 5) the challenges of PHC services to provide the necessary conditions for the practice of TCM; 6) teaching MTC and other Integrative and Complementary Practices in Health (PICS) in under graduate courses and the development of skills and competences of students in the field of PHC. It is considered that the TCM methods implemented in public services and the inclusion of PICS in academic training in the health area enable an interdisciplinary movement capable of filling the gaps in the daily practice of professional practice, teaching and scientific research, favoring improvement of the quality of comprehensive care in PHC.

KEYWORDS: Primary Health Care, Traditional Chinese Medicine, Integrative and Complementary Practices.

Ao final deste capítulo o leitor deverá ser capaz de:

- 1) Identificar os marcos históricos da inserção da MTC na cultura ocidental e seus impactos;
- 2) Estabelecer uma comparação entre a medicina ocidental tecnológica e a medicina tradicional chinesa;
- 3) Destacar as aproximações entre a racionalidade médica chinesa e o cuidado integral no contexto da APS;
- 4) Compreender os desafios dos serviços de APS para propiciar as condições necessárias para a prática da MTC;
- 5) Refletir sobre as contribuições da MTC como Prática Integrativa no campo da APS.

II RELEVÂNCIA E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA MTC

A Medicina Tradicional Chinesa como Racionalidade Médica de extrema peculiaridade e abrangência pode ser considerada hoje um Patrimônio Médico-Histórico da Humanidade, um tesouro de puro conhecimento que encantou e encanta médicos e historiadores de todos os tempos modernos (CONTATORE, 2018). Mas, nem sempre foi assim. A China passou por diversas transformações sócio-político-econômicas de grande impacto em sua história desde as expedições colonialistas ocidentais em seu território, entre os séculos XIX e XX, interferindo de diversas maneiras no seu sistema médico tradicional. A visão etnocêntrica e dominante das sociedades ocidentais (CONTATORE, 2018) conseguiu impor por um tempo seu modelo técnico-científico na sociedade chinesa, visto que os governantes chineses ansiavam por fazer parte também desse novo modelo de “modernidade”.

Após uma epidemia de pneumonia na Manchúria em 1910, a Medicina Chinesa sofreu sucessivas tentativas de desestabilização e descrédito por parte do governo imperial (CONTATORE, 2018) que enxergou nesse episódio uma oportunidade de substituir de vez a MTC pela medicina ocidental considerada mais “moderna” e “avanhada”. Isso forçou os praticantes da MTC a uma adequação de sua linguagem e racionalidade para se manterem inseridos na sociedade. O que aconteceu é que, na prática, se verificou que a Medicina Ocidental é bastante eficiente em determinadas situações (cirurgias, por exemplo) e igual ou inferior aos tratamentos tradicionais chineses em outras (CONTATORE, 2018).

Tal fato favoreceu práticas híbridas da medicina até que em 1950, Mao Tsé Tung oficializou o modelo Tradicional de Medicina Chinesa com a Medicina Científica Ocidental (YVES CHEVRIER, 1996) oferecendo uma medicina Integrada à sociedade Chinesa.

A transmissão oral do conhecimento médico tradicional acredita-se que tenha mais de 5000 anos segundo algumas fontes históricas, entretanto, o conhecimento escrito, data de pelo menos 2200 anos. O conhecimento da Cultura e medicina chinesa podem ser agrupadas por meio de três origens lendárias (MARNAE, 2010):

- a. Fu Xi – Um dos três soberanos míticos que estabeleceu as regras de conduta do povo e organizou a sociedade como um todo, abandonando o sistema nômade de viver;
- b. Shen Nong – Deus patrono dos herbalistas, inventor do arado e da enxada, os tratados e compêndios de fitoterapia chinesa se desenvolveram a partirdessa divindade;
- c. Huang Di – Imperador mítico que escreveu o “Clássico de Medicina do Imperador Amarelo”, cujos textos são referência até hoje para os estudantes da medicina chinesa.

2I ACUPUNTURA: A FERRAMENTA DE INSERÇÃO DA CULTURA MÉDICA CHINESA NO OCIDENTE

À medida que a nossa Sociedade Ocidental foi se familiarizando com a filosofia e práticas da medicina chinesa no final do século XX, principalmente por causa de imigrantes orientais, a acupuntura e moxabustão vão se tornando populares como alternativa de tratamento para diversas patologias crônicas como dores e distúrbios funcionais da coluna e doenças osteoarticulares. O sucesso terapêutico leva ao surgimento de cursos e políticas públicas de atendimento nesta modalidade em todo o mundo Ocidental por um motivo: O raciocínio e aplicabilidade da Acupuntura e moxabustão tem mais linearidade e objetividade, combinando e se encaixando com mais facilidade que outras ferramentas da MTC, em nossos modelos biomédicos de aprendizagem (ERGIL, 2010), embora o mesmo modelo não se encaixe na metodologia e paradigma científico ocidental gerando conflitos na área acadêmica.

Por este motivo, a herbologia e dietética chinesas, o Qi Gong e o Tuiná, foram praticamente ignorados até final do século XX, por exigirem mais compreensão das bases filosóficas e racionais da medicina chinesa. Quanto a esse aspecto, o Pesquisador Guido Palmeira, em seu artigo intitulado “A acupuntura no Ocidente” destaca a necessidade no meio acadêmico da “*legitimização das medicinas alternativas*” diante da “*crise da medicina científica*” crise esta que se revela de forma mais acentuada na falha em trazer alívio e acolhimento àqueles que buscam a Atenção Primária em Saúde. De acordo com Capra (1982, p.116, citado por PALMEIRA, 1990, p.123) nesse momento crítico da Medicina ocidental:

...ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, (a medicina moderna) não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura... a prática médica, baseada em tão limitada abordagem (a cartesiano) não é muito eficaz na promoção e manutenção da boa saúde. De fato, essa prática, hoje em dia, causa frequentemente mais sofrimento e doença, segundo alguns autores (cita Illich), do que a cura.

Segundo Capra (CAPRA, 1982, p.116 citado por PALMEIRA, 1990, p.124), ao apontar as falhas da medicina tecnológica:

A crescente dependência da medicina em relação à alta tecnologia suscitou um certo número de problemas que não são apenas de natureza médica ou técnica, mas envolvem questões sociais, econômicas e morais muito mais amplas”. Fala do desenvolvimento da quimioterapia e do uso inadequado e abusivo de medicamentos, que tornaram-se um problema de saúde pública.

Abordando sobre as lacunas deixadas pelo Ensino acadêmico e o atendimento médico baseado excessivamente em tecnologias e critérios cartesianos, Guido Palmeira cita Queiroz (1986, p. 20), que fala de uma “*crise profunda*” da prática e do saber da ciência médica moderna:

Historicamente, o desenvolvimento da medicina (científica) implicou a perda de uma visão unificadora do paciente, e deste com seu meio ambiente físico e social e que este é um fenômeno recente e sem similar, quando confrontado com sistemas médicos não-ocidentais. Nesses sistemas médicos alternativos... o fator social existe como componente fundamental, ao contrário do que ocorre com o paradigma dominante da medicina ocidental moderna.

2.1 Diferenças cruciais de ponto de vista entre a racionalidade biomédica e a medicina tradicional chinesa

1. Quanto ao entendimento entre a saúde e a doença: A medicina chinesa entende a doença como desequilíbrio sistêmico acoplado ao fluxo anômalo de Qi (energia) o que leva a desequilíbrios em nossa homeostase. Os tratamentos são orgânicos e visam ao restabelecimento da homeostase, restaurando a saúde física e mental. A medicina ocidental já possui uma abordagem linear e direta sem atenção primária à homeostase, mas ao alívio

imediato da reação indesejável através de fármacos cada vez mais poderosos ou cirurgias. Essa abordagem é eficiente a curto prazo, mas a longo prazo acaba por desestabilizar mais ainda a homeostase em diversas situações crônicas (ALMEIDA, 2002). Por exemplo, uma crise urticariforme será tratada com anti-histamínicos sem atentar para a causa. Pode funcionar ou não essa intervenção farmacológica e caso não funcione, a crise pode retornar com intensidade maior gerando sofrimento e custos maiores para o paciente.

2. Quanto à ingestão de medicamentos: A medicina chinesa possui uma tradição herbal com metodologias e processamentos próprios com mais de 2000 anos de experiências minuciosamente catalogadas. É racional, objetiva e direta se seguir sua linha de raciocínio. É composta de ervas, minerais e produtos animais, processados e combinados entre si, com objetivo de neutralizar toxinas e potencializar ativos visando a restauração do Qi ou homeostase, e está ligada aos ciclos da natureza (ERGIL, 2010 p.18).

A medicina Ocidental é essencialmente uma medicina farmacológica calcada em trabalhos científicos e ensaios clínicos, que por um lado é benéfico, mas analisando de outra perspectiva, tomou rumos inversos ao longo dos seus 100 anos de existência: Nesse sentido, a doença é algo estranho ao organismo que deve ser combatido com moléculas naturais modificadas, sintéticas ou mesmo híbridas, e que possuam efeito bloqueador imediato, ignorando-se seus efeitos a longo prazo.

A questão é que tal abordagem mais cartesiana levou a um crescimento financeiro extraordinário das indústrias farmacêuticas promovendo uma distorção do “olhar” médico em relação a saúde e doença: tudo que não for cirúrgico deverá ser tratado com medicamentos da Indústria pois estas detêm a fonte do conhecimento e da suposta cura ou controle da doença. Na prática esse “olhar” médico está focado na doença e sua “contenção”, e pouco se oferece ou se conversa sobre qualidade de vida e saúde, o que obriga o paciente a buscar outros profissionais ou a “conviver” com sua “doença”. De acordo com as palavras de Lavoisier (ALMEIDA, 2002, P.19): “médicos administram remédios que eles pouco conhecem, para curar doenças que eles conhecem menos, nos humanos que eles nada conhecem” (BRUSSEL, 1970, p.150).

3. Segundo Guido Palmeira (PALMEIRA, 1990, p. 122):

A ciência médica reconsiderou a importância dos fatores ambientais e socioculturais na determinação das doenças. As patologias crônico-degenerativas passaram a ser descritas em termos de distúrbios celulares; para seu estudo, diagnóstico e tratamento, foi necessário aumentar a precisão tanto da medição de constantes vitais, como da identificação de metabólitos específicos, envolvidos na gênese de diferentes patologias. A tecnologia médica desenvolveu instrumentos de investigação diagnóstica cada vez mais sofisticados e caros. O objetivo de erradicação das doenças transferiu-se para o da extensão de cobertura de serviços de saúde; ganhava espaço a ideia de que a saúde é função da assistência médica individual; e o acesso aos serviços de saúde passaram a ser reivindicados por um contingente cada vez maior da população.

Já a indústria farmacêutica que se desenvolveu após a segunda guerra Mundial, usufruiu seus anos dourados entre a década de 50 e 60, quando a partir daí, efeitos nocivos se tornaram mais evidentes, e foram expostos na mídia, como destaca SANTOS (SANTOS, 2020, p.162) em seu artigo “Indústria farmacêutica durante os anos (nem tão) dourados: euforia e desencanto (1950-1960)”:

Neste item aponta-se como alguns ganhos da ciência, principalmente da indústria farmacêutica, se converteram em perdas emblemáticas na medida em que sua utilização foi atravessada pelos efeitos colaterais descartados, subestimados ou totalmente desconhecidos do uso dos produtos farmacológicos.

Assim, a partir dos anos 2000, a Indústria passou a dividir interesses e parcerias com setores de biotecnologia e a criar linhas que se fundamentam em pesquisas de fitomedicamentos, e “smart” nutrientes, justamente pela procura por parte de pacientes e médicos por alternativas de tratamento em frente às lacunas terapêuticas que se seguem ao se optar pela abordagem exclusivamente farmacológica da Indústria Tradicional. Segundo o artigo publicado na Physis, 2014, sobre a evolução da indústria farmacêutica no século XXI (KORNIS, 2014, p.885):

Nos anos 1990, o portfólio dessas indústrias ampliou-se para áreas de saúde animal, produtos de higiene/cuidado pessoal e de nutrição/dietética. Na década de 2000, a indústria farmacêutica mundial intensificou esse processo, e devido à expiração das patentes dos medicamentos, se concentrou no segmento dos genéricos, adquirindo empresas nos mercados emergentes. O setor farmacêutico brasileiro seguiu os moldes da indústria farmacêutica mundial e passou a investir na produção de medicamentos genéricos, fitoterápicos e no avanço dos biotecnológicos, com o apoio financeiro público do BNDES.

2.2 MTC e Acupuntura na Estratégia de Saúde da Família

Na Atenção Primária à Saúde, o panorama das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) tem traçado caminhos firmes na busca da redução do sofrimento, com vasto arsenal de recursos que vão desde os diferentes tipos de psicoterapia, acupuntura, farmacoterapia, arteterapia e fitoterapia aos recursos da cultura/saberes populares (SOUZA e MIRANDA, 2017). O município do Rio de Janeiro mostrou nos últimos anos uma rápida expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A expansão da cobertura populacional da ESF, consequente ao aumento do número de unidades de Saúde da Família, abriu as portas para o atendimento à população antes carente de serviços de saúde. Por exemplo, a cobertura populacional, que era de 3,5% em 2009, com 120 unidades (BRASIL, 2012), passou para 45,93% em 2015, cobrindo cerca de 6,6 milhões de pessoas.

Portanto, para toda essa população crescente e com o aumento do acesso aos usuários, verificou-se um aumento na demanda de pessoas com condições crônicas.

Sendo a dor uma das queixas mais prevalentes, observa-se um aumento na necessidade de ampliação da oferta de práticas de Medicina Tradicional Chinesa na APS, como aliado para sanar as necessidades desta população. Mas, para que se dê o aumento da oferta de tais práticas, é necessária uma ampliação de serviços e do número de profissionais capacitados para o exercício da Acupuntura, sejam eles profissionais da APS, sejam eles médicos da rede secundária de saúde. Isso porque entende-se que as redes terciária e quaternária não devem ser o foco de políticas públicas que objetivem aumentar o acesso a um grande número de usuários com condições de alta prevalência (FREITAS, 2015).

Sabe-se que uma equipe de Atenção Primária qualificada pode resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade. Para tanto, é fundamental que essa equipe atue tanto na promoção de saúde e prevenção de doenças, como também no atendimento de pessoas com doenças já estabelecidas, tanto agudas, como crônicas (HARZHEIM, 2011).

Os sistemas de saúde universais, organizados a partir da APS apresentam melhores desfechos em saúde para a população, maior equidade e menores custos do que sistemas não organizados pela APS (MCCARTHY, 2014, apud NORMAN, TESSER, 2019, p.2). A força da APS reside na concretização de seus atributos. No centro do cuidado médico na APS está a Medicina de Família e Comunidade (MFC). Esses profissionais de perfil generalista são os responsáveis em prover e coordenar os cuidados personalizados e continuados de uma coorte de pessoas em um determinado território. (STARFIELD, 2005, apud NORMAN, TESSER, 2019, p.2).

Por outro lado, Freitas (2015) ressalta que a composição das equipes básicas da ESF, embasada principalmente nos médicos e enfermeiros, é insuficiente para suprir as necessidades de manejo das condições crônicas, como pode ser visto também em Mendes (2012). Ele sugere a participação de outros profissionais como membros orgânicos, tais como o assistente social, o farmacêutico clínico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional de educação física e o psicólogo, juntamente com os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (MENDES, 2012).

Para Freitas (2015), independente da categoria profissional, a prática da Acupuntura/ MTC não deve ficar à parte de uma política de Atenção Primária voltada para atos de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, pois há um enorme potencial nessa prática quando utilizada em conjunto com a medicina ocidental. A autora ainda traz que a população do município do Rio de Janeiro, assim como a de todo o Brasil, apresenta uma situação epidemiológica frágil, com grande número de idosos, alto índice de condições crônicas e aspectos socioeconômicos e determinantes sociais que muitas vezes põem em risco a saúde da população. Assim, agravam-se as situações de vulnerabilidade, não havendo a contrapartida do poder aquisitivo para cobrir os custos com saúde, muitas vezes necessários devido à baixa oferta de serviços especializados no SUS, como a Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia etc.

Muitos procuram esses serviços em clínicas privadas, mas poucos são capazes de dar continuidade ao tratamento e reabilitação devido ao alto custo com as despesas em saúde. Por isso é comum a regressão do processo terapêutico que estava evoluindo para melhora. Considerando o baixo custo com material médico-hospitalar, a diminuição dos custos dos usuários e do SUS, além da alta resolutividade e os grandes benefícios da acupuntura no tratamento da dor crônica (THOMAS et al., 1991; TEIXEIRA, 2007) torna-se fundamental a discussão acerca da inserção de novos profissionais acupunturistas na rede básica de saúde (FREITAS, 2015).

Historicamente, a MFC tem sido uma das poucas especialidades médicas que faz um contraponto ao saber biomédico. Esse esforço para transcender as limitações do modelo biomédico contribuiu para desenvolver uma abordagem holística na prática clínica (NORMAN, 2019). Essa abordagem se define como “o cuidado da pessoa como um todo que inclui seu contexto de valores, crenças familiares, sistema familiar e cultural-comunitário, levando em consideração uma série de terapias baseadas na evidência de seus benefícios e custos” (RCGP, 2016).

Considera-se, portanto que o MFC tem habilidades que o aproximam da medicina tradicional chinesa por ter em sua formação todos os atributos da APS, tais como acesso facilitado universal, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária com competência cultural (STARFIELD, 2002). Dessa forma, defende-se a ampliação do ensino de PICS, sobretudo da MTC/Acupuntura seja no âmbito formal de ensino, como na graduação de medicina e na residência de MFC, como na inserção do especialista em MTC/Acupuntura no NASF, através da prática de matriciamento.

2.3 Bases conceituais da Medicina Chinesa

2.3.1 O Qi

No Tratado de medicina Chinesa e na cultura Chinesa em geral (MACIOCIA, 2007), o Qi é a manifestação da energia vital do universo. Sua dinâmica ora se traduz no movimento Yin: escuro, denso, a noite; ora se traduz no movimento Yang: o dia, o leve, a luz. Um não existe sem o outro. Em física, é a matéria e a antimateria, o positivo e o negativo, o próton e o elétron.

O formato do raciocínio Ocidental ainda não conseguiu descobrir exatamente o que é o Qi e como ele funciona, mas seus efeitos já foram verificáveis e replicados em experimentos científicos através do Qi Gong (MS LEE, 2007). Vários destes trabalhos demonstraram que o Qi pode ser mensurado e seus efeitos observados em alterações celulares in vitro (G. YOUNT, 2004), ou seja, efeitos que não podem ser explicados por alterações psicológicas ou por processos biológicos conhecidos.

2.3.2 Yin & Yang

O Yin e o Yang expressam a ideia dos fenômenos opostos e complementares que nunca cessam e buscam o equilíbrio dinâmico. Nada, fica parado. Tudo se move, tudo muda, e essa ideia veio a ser comprovada através do avanço da física quântica, demonstrando uma nova realidade por detrás das partículas subatômicas. Na medicina, os fenômenos Yin e Yang são reais e facilmente verificáveis no processo de diagnóstico. Podemos imaginar como é o relacionamento entre Yin e Yang exemplificando uma vela acesa: Considerando a cera da vela o aspecto Yin e a chama o aspecto Yang, entendemos que a cera ou Yin nutre e mantém o Yang, e esse Yang para manter o calor e a luminosidade necessita consumir o Yin. Assim que o Yin acabar, o Yang ou chama cessará (ERGIL, 2010, p.18).

Esse exemplo mostra a mútua dependência de ambos. Em medicina, lembra o processo da divisão celular que seria a chama da vela, e o telômero seria a cera, o aspecto Yin da mitose. As divisões celulares vão consumindo o telômero até não restar mais bases para ocorrer a mitose, levando a morte celular.

2.3.3 As 5 fases ou 5 movimentos

Em chinês, “Wu” significa cinco, e Xing expressa a ideia de movimento. Esses 5 movimentos são dinâmicos e guardam inter-relações com elementos da natureza, as estações do ano, sabores, emoções, sons, que por sua vez se conectam aos órgãos, tecidos e vísceras. Os cinco movimentos são representados pelos cinco elementos da natureza, formando um pentagrama: Fogo, Terra, Metal, Água, Madeira. Cada um deles representam órgãos e vísceras que na Medicina Chinesa simbolizam mais suas funções e interconexões do que aspectos anatômicos puros (MACIOCIA, 2007). Essas 5 fases se relacionam entre si através de 2 ciclos fisiológicos: A geração e a inibição, que na nossa linguagem, entende-se: ciclo de “feedback positivo” e ciclo do “feedback negativo”, que em equilíbrio, chamamos de ciclo da homeostase.

Quando esses ciclos saem de seu equilíbrio, geram 2 ciclos patológicos: A subjugação e a rebelião. A subjugação surge quando o ciclo restritivo se torna muito intenso, reprimindo demais o elemento subjugado. Já a rebelião ocorre quando o ciclo restritivo tem seu sentido invertido por enfraquecimento extremo do elemento dominante. Tal dinâmica absorve de maneira racional todos os desbalanços conhecidos das disfunções e doenças tanto agudas como crônicas, facilitando o diagnóstico e o prognóstico.

2.3.4 Zang & Fu - Órgãos e Sistemas Dinâmicos em MTC

Apesar da dissecação na China ser praticada desde o século XVI, nunca se alcançou o nível de organização e detalhe descritivo que os europeus atingiram (MARNAE, 2010). Por outro lado, os médicos chineses desenvolveram através da sua aguçada observação, uma dinâmica fisiológica e conexão detalhada entre os tecidos e órgãos, desenvolvendo

o que podemos chamar hoje de visão multissistêmica de nosso organismo, cujas bases podemos vislumbrar na nossa Embriologia moderna. Ao fazermos estudos comparativos de Embriologia moderna e órgãos e vísceras relacionados na MTC, observamos similitudes e correspondências que justificam para nós, em nossa linguagem e entendimento, tanto as conexões, como uma fisiologia não convencional, que até então, era vista como “fantasiosa”, sem fundamentos em nossa Biomedicina. Por exemplo, na MTC, a Língua está conectada ao Coração, e na Embriologia sabemos que as estruturas da membrana orofaríngea e a proeminência cardíaca entre a quarta e a oitava semana, são contíguas, mantendo relação entre elas.

Os dermatomos do corpo estão relacionados a diversos canais e meridianos da MTC, dentre outros. Tradicionalmente são 12 órgãos que se dividem em 6 vísceras maciças ou Zang, e 6 vísceras ocas ou Fu, relacionadas aos 5 movimentos e aos 12 canais ou meridianos principais por onde circula a energia Qi. Os órgãos Zang são: Coração, fígado, baço-pâncreas, rins, pulmão e circulação-sexo. E os órgãos Fu são: Intestino delgado, triplo aquecedor (refere-se metabolismo gerador de energia, taxa metabólica), vesícula biliar, estômago, bexiga e intestino grosso (ERGIL,2010 p. 72).

Abaixo as relações entre Zang, Fu e os 5 movimentos (ERGIL, 2010, p.21):

Fogo – Coração, intestino delgado, triplo aquecedor e circulação-sexualidade: relacionados à alegria, calor, sangue em movimento, energia cinética, expansão, pulsação.

Terra – Estômago, baço-pâncreas: relacionados ao pensamento e ao processo digestivo e suas relações com o trofismo, significa nutrição e biodisponibilidade de nutrientes aos diversos tecidos do corpo.

Metal – Pulmão e intestino grosso: relacionados com serenidade e tristeza, à respiração e oxigenação, movimento, equilíbrio ácido-básico e imunidade (Qi defensivo) conectados ao microbioma intestinal.

Água – Rins e bexiga: relacionados ao medo, à ancestralidade, fertilidade, aos processos de desenvolvimento corporal, amadurecimento e senilidade, equilíbrio ácido-base juntamente com pulmões.

Madeira – Fígado e vesícula biliar: relacionados à raiva, à força muscular, ao anabolismo e armazenamento de nutrientes e sangue, processador de toxinas.

2.3.5 Acupuntura, canais e pontos

As linhas pontuadas que atravessam o corpo humano em sua superfície, são apenas a ponta do iceberg dos meridianos que os chineses delinearam para a prática da acupuntura. A arquitetura dos canais e seus meridianos em redes colaterais vão da

superfície corporal à profundidade orgânica conectando órgãos, tecidos, sangue e Qi. É uma complexa rede que em grande parte acompanha os trajetos nervosos e dos grandes vasos sanguíneos, emergindo na pele e seguindo os dermatomos cutâneos, favorecendo a comunicação entre eles (HECKER, 2007).

A estimulação dos pontos que se situam nesses canais que emergem na pele são capazes de “abrir” e “fechar” trajetos que influenciam desde a circulação sanguínea e fluxo nervoso, até a modificação molecular e subatômica das sinalizações celulares como a abertura ou fechamento dos canais iônicos de cálcio, uma das mais modernas explicações científicas para o efeito multissistêmico das agulhas de acupuntura (CHENG, 2013).

Existem 2 grandes grupos de canais: o primeiro é formado de 12 canais *principais* com outros canais subsidiários associados e o segundo grupo é formado por 8 canais ou vasos chamados de *extraordinários*. Eses grupos possuem anatomia e funções específicas próprias que deverão ser estudados segundo o formato racional da Medicina chinesa para que possamos observar seus efeitos, embora as explicações de seus mecanismos de ações ainda estejam sendo estudados e elucidados pelo nosso formato racional biomédico. Os 12 canais principais são divididos em 6 canais Yang e 6 canais Yin que se distribuem bilateralmente no corpo.

Cada canal Yang tem seu trajeto pelas áreas externas do corpo e estão ligadas às 6 vísceras ocas, Fu. Os canais Yin seguem trajetos pelas áreas internas do corpo e estão conectados aos 6 órgãos maciços, Zang (HECKER, 2007). Os pontos de acupuntura principais, os mais usados e pesquisados pela atual biomedicina, se situam por cima desses canais e regulam os fenômenos biológicos e biomagnéticos desencadeados através de sua estimulação. Cada um dos canais Yin faz par com um canal Yang, numa relação “interior-exterior”, expressando uma conexão fisiológica importante entre os órgãos e vísceras.

O segundo maior grupo de canais se chamam de canais extraordinários e são em número de 8. Eles não possuem um padrão contínuo e sequencial como os outros canais embora tenham conexões uns com os outros e com os canais principais. Eles na verdade funcionam como reservatório de Qi e de sangue, e “abrem” ou “fecham” conforme o requerimento de energia e sangue dos outros canais e órgãos; na verdade esse funcionamento lembra muito a microcirculação capilar, se é que podemos fazer esta comparação.

Como é perceptível, a anatomia dos canais de acupuntura, seus pontos e suas conexões, fazem parte de um estudo complexo e detalhado, com regras e racionalidade própria, e nossa pesquisa biomédica deverá integrar-se com esta racionalidade para testagem de seus efeitos em diversas patologias.

2.3.6 Materiais utilizados na prática de acupuntura, moxabustão e as ventosas

Em termos gerais, são utilizadas agulhas de 25 x 30mm, chinesas, de aço inoxidável e descartáveis, seguindo as normas da vigilância sanitária de nosso País. As agulhas podem ser introduzidas até a derme, hipoderme ou musculatura dependendo da indicação clínica e da superfície corporal do paciente. O risco de lesão de órgãos é bem pequeno, mas existe, portanto, é necessário treinamento ambulatorial monitorado com os alunos e aprendizagem da localização correta dos pontos para o sucesso terapêutico (FOCKS, 2018).

Práticas mais avançadas de acupuntura podem ser aprendidas com agulhas maiores e utilização de aparelhos de eletroacupuntura para estimulação mais potente visando analgesia intensa diante de intervenções cirúrgicas tanto da área médica como odontológica e veterinária (SENNA, 2003).

No Brasil, a prática mais comum e popular ainda é a ambulatorial, de baixo risco. Dificilmente na prática ambulatorial da acupuntura usaremos só agulhas (SANTOS, 2009). Essa prática vem acompanhada de 2 ferramentas complementares à acupuntura: a moxabustão (de efeito térmico) e a aplicação de ventosas, de efeito mecânico.

As ventosas consistem de copinhos de vários tamanhos que possuem um mecanismo de sucção à vácuo que ao serem colocados sob a superfície corpórea geram o efeito de sucção em todas as camadas da pele e parte da musculatura, levando a uma vasodilação forçada e rompimento de alguns capilares. Esse efeito pós vácuo revigora a circulação sanguínea e aumenta a oxigenação tecidual, tendo excelentes resultados em dor, espasmos musculares e doenças respiratórias com tosse e muco abundante (MACIOCIA, 2007).

2.4 Acupuntura e biomedicina, conexões

Da década de 80 até o ano de 2020, milhares de estudos em acupuntura e moxabustão já foram publicados em revistas médicas indexadas e também discutidas em comitês e congressos organizados por Instituições de saúde e Órgãos regulamentadores como OMS e FDA americano. Em 1997, o *National Institute of Health* revisou diversos estudos publicados até aquele momento e concluiu que: “A acupuntura é efetiva no tratamento de diversas condições incluindo dor pós-operatória, náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia, e náuseas da gravidez” (HONG, GENE 1998).

Nos Estados Unidos, a acupuntura ganhou notoriedade em 1971, após o relato da experiência de um repórter do *New York Times na China*, chamado James Reston. Ele teve apendicite aguda e foi operado às pressas em Pequim, mas teve muita dor no pós-operatório. Ele foi tratado com acupuntura e seu relato impactou as pessoas na época, aparecendo na primeira página da revista. Esse evento que demonstrou a efetividade da acupuntura nos diversos processos e rotas bioquímicas da dor, lidera até hoje o enfoque das pesquisas científicas sobre os efeitos principais da acupuntura (MARNAE, 2010).

Desde os primeiros estudos na década de 70, como a “teoria do portão da dor” de Goldstein e Hilgard da universidade de Stanford, as tecnologias evoluíram e atualmente

as pesquisas se direcionam para a alteração da permeabilidade da membrana celular via modificação dos canais iônicos e da expressão gênica, modulando a síntese de genes e proteínas inflamatórias em modelos animais (CHENG, 2013).

Cheng demonstrou a efetividade dos pontos PC6 (pericárdio 6) e P7 (pulmão 7), na expressão de proteínas dos canais iônicos de cloro em ratos com isquemia miocárdica e significante redução nas mudanças patológicas do miocárdio nesses modelos animais. Assim como este, diversos estudos em modelos animais, replicam resultados impactantes sobre o efeito molecular da acupuntura, alterando a permeabilidade de canais iônicos e aumentando ou diminuindo a expressão de proteínas específicas, potencializando efeitos homeostáticos, regeneradores e reduzindo sequelas funcionais (CHO, 2006).

Baseado no número cada vez maior de trabalhos de base molecular para explicar os mecanismos sutis da acupuntura em modelos animais, percebemos que a ação da acupuntura/moxabustão vai muito além da regulação da dor, e possivelmente estamos chegando numa etapa em que percebemos que estamos diante de um modelo de tratamento não medicamentoso com evidente impacto na modulação epigenética.

A partir da década de 90, diversos estudos baseados em ensaios clínicos randomizados de pequena e larga escala na Europa e América do Norte, documentados com ressonância magnética funcional, demonstraram sucesso terapêutica em torno de 93% em patologias da coluna e joelho, além de resultados promissores em outras patologias principalmente enxaquecas (migrantes), osteoartrite e náusea quimio-induzida (YANG ES, et al., 2011).

No artigo de Guido Palmeira (1990, p. 120):

A grande maioria dos estudos mais recentes são de ensaios clínicos que procuram medir a eficácia da acupuntura no tratamento de patologias específicas, ou de investigações que buscam elucidar os mecanismos de ação das agulhas, principalmente pela identificação de substâncias neurotransmissoras envolvidas nos fenômenos de analgesia e anestesia com acupuntura. Os artigos relacionados no Index Medicus dos primeiros cinco meses de 1989, a maioria publicada em revistas chinesas ou de países da Europa oriental, mostram claramente esta tendência.

Embora tais práticas tenham sido introduzidas no Brasil pelas PNPIIC, publicada na Portaria Ministerial nº 971, de maio de 2006, como a Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, Medicina Homeopática, Fitoterapia e Termalismo no SUS, “*há lacunas como a implementação do monitoramento, a avaliação e o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS*”.

2.5 O Desafio das PCIS em Cursos de Graduação na Área da Saúde

Se pudermos abrir espaços para introduzir nos cursos de especialização em Medicina chinesa e acupuntura/moxabustão para estudantes de medicina e jovens médicos, teríamos uma soma maior no futuro, de médicos especialistas em medicina Chinesa e

suas ferramentas, que poderiam trabalhar já inseridos em modelos médico-integrativos em projetos de Saúde preventiva e medicina de família (MCCARTHY, 2014), reduzindo de forma significativa e impactante a demanda de pacientes crônicos de leve a moderada gravidade aos hospitais públicos saturados e esgotados de seus recursos materiais e humanos.

Além disso, o custo do tratamento por Medicina Chinesa é de baixo custo, tem grande aceitação por parte da população, é terapêuticamente eficiente e possui baixo índice de efeitos indesejáveis. Interessante citar as propostas de renovação do currículo médico, “Avaliação de uma Reestruturação Curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Influência sobre o Desempenho dos Graduandos” em que Troncon et al. (2004, p.146) propõem exatamente essa aproximação dos estudantes de medicina com a APS e uma formação mais humanística, ao contrário do antigo currículo cuja ênfase era maior na aquisição do conhecimento:

O novo currículo, por sua vez, incorporava um conjunto de modificações, entre as quais se destacavam: 1) integração ou articulação de áreas afins, de modo a racionalizar o aproveitamento da carga horária disponível, evitar repetições de tópicos e otimizar o aprendizado em contexto multidisciplinar; 2) organização das disciplinas segundo um critério de complexidade crescente;

3) criação de disciplinas para incorporar tanto os avanços biotecnológicos, como a necessidade de contemplar a formação humanística do médico; 4) criação de disciplinas específicas nos primeiros anos do curso, voltadas a promover o contato precoce do estudante com os serviços de promoção e atenção à saúde disponíveis na comunidade; 5) organização da grade horária de modo que o aluno disponha de tempo livre para o estudo, a iniciação científica e o desenvolvimento de atividades extracurriculares de extensão universitária; 6) criação de disciplinas e estágios eletivos, desde o primeiro ano, incluindo o período de internato; 6) aumento da duração do internato, de um ano para dois; 7) criação, no internato, de estágios integrados em serviços de saúde da comunidade; 8) criação, no internato, de estágios nos serviços de atenção primária de áreas mais especializadas, como Neurologia, Psiquiatria, Oftalmologia e Otorrinolaringologia”.

Favorecer esse diálogo entre estudantes de medicina e APS com ênfase nas PNPIC, criaria possibilidades de avanços na implantação dessas práticas em diversos serviços de saúde no Brasil, especificamente da medicina Chinesa e Acupuntura.

2.6 A farmacoterapia chinesa tradicional

Também conhecida como “Medicina Herbal Chinesa”, do ponto de vista chinês, é a própria Medicina chinesa, ou seja, o método terapêutico principal desta racionalidade. Os outros métodos como acupuntura, moxabustão, Tuiná e Dietoterapia são secundários e complementares na abordagem tradicional da Medicina Chinesa. Historicamente a farmacoterapia chinesa tradicional usa todo elemento oriundo da natureza, sempre processado e nunca isolado: plantas, animais e minerais fazem parte desse repertório.

Suas bases e trabalhos descritos são tão antigos quanto a acupuntura e demonstram uma riqueza de detalhes em seu estudo e processo que vão desde a colheita até a elaboração de fórmulas altamente sofisticadas e complexas. Desde a antiguidade até o século XIX foram escritos mais de 2600 títulos e compêndios sobre farmacoterapia e o tratamento das doenças (GARRIDO, 2004).

Para termos uma mínima ideia do que isso significa, o médico chinês Li Shi Zhen escreveu o compêndio *Bem Cao Gang Mu* (*algo como “Fundamentação herbal abrangente”*) que foi publicado no final do século XVI, descreve mais de 2000 substâncias medicinais com incrível detalhe e ilustrações precisas. Esse trabalho grandioso foi traduzido em mais de 60 línguas desde sua publicação, e só a edição inglesa consta de 6 volumes (ERGIL, 2010).

A primeira farmacopeia oficial chinesa começou em 1930 e de lá para cá tem sofrido diversos ajustes e atualizações. A República Popular da China em 2005, lança na segunda edição escrita em 2 volumes, o volume 1 contendo 551 substâncias medicinais tradicionais e 564 medicamentos processados, enquanto o volume 2 é dedicado a medicamentos ocidentais. Com o crescente interesse mundial na Medicina Chinesa e o grande sucesso da acupuntura e práticas como Tai Chi Chuan e Qi Gong na sociedade Ocidental, a partir da década de 90 do século XX, o interesse médico na farmacoterapia chinesa tradicional aumenta, surgindo diversos trabalhos científicos e publicações em revistas indexadas (ERGIL, 2010).

O que historicamente sempre dificultou a aquisição de conhecimentos e práticas na medicina herbal chinesa foi sua complexidade, não só no raciocínio próprio, como as barreiras naturais da língua e a diversidade incrível de fórmulas magistrais que podem ser utilizadas em diversas patologias. Tais dificuldades acabaram por tornar a acupuntura e suas ferramentas bem mais atrativas aos estudantes ocidentais do que a farmacoterapia chinesa no período de 1990 a 2000 (ERGIL, 2010).

Entretanto, a demanda mundial por mais medicamentos, inseriu, de forma definitiva, a medicina herbal chinesa como alternativa e complementar a nossa farmacoterapia Ocidental, e já apresentando diversos trabalhos científicos em pesquisa básica, ou seja, se adequando aos modelos médicos de pesquisa ocidental, validando o seu uso em todo o Mundo. Nos EUA, por exemplo, dados do sistema de saúde americano, relatam que 1 em cada 5 americanos se tratam com fitoterapia chinesa e acupuntura. Importante destacar que todos os processamentos das substâncias medicinais chinesas são complexas e detalhadas, muitas dessas fórmulas já foram testadas pelo uso tradicional por mais de 400 anos. Cascas, sementes, frutos, raízes, dependendo se estão verdes ou maduros, se são cozidos, assados ou fermentados etc., são detalhes que mudam totalmente as indicações clínicas e seus resultados, inclusive para neutralizar substâncias tóxicas (GARRIDO, 2004).

Devido aos detalhes e complexidade da farmacologia chinesa tradicional, e para evitar iatrogenias e danos por uso indevido dessa tradição herbal, cada país deve ter suas

políticas públicas sobre o uso, dispensação, comercialização e o profissional habilitado a prescrever tais fórmulas. No Brasil, a posição da Anvisa de acordo com a Resolução da diretoria Colegiada Nº 21 de 2014 e Nº 152 de 2017, específica essas recomendações.

Uma das substâncias medicinais chinesas mais usadas e tradicionais com mais de 2000 anos de experiência descrita é o cogumelo *Ganoderma Lucidium* (*Lingzhi ou Reishi*). Inúmeros trabalhos científicos têm surgido nos últimos 10 anos e testes laboratoriais preliminares confirmaram que princípios ativos do *Ganoderma Lucidium* são capazes de inibir a enzima RNA-polimerase de coronavírus (JAHAN, 2020). Até o final dos anos de 1995, diversas fontes do mercado mundial do *Ganoderma* estimavam um movimento financeiro de mais de US\$1628 milhões (CHANG, 1999). O grande sucesso do *Ganoderma* na Medicina Herbal Chinesa é devido às suas propriedades antitumorais, anti-inflamatórias e antivirais, como também pela segurança no uso prolongado, sendo indicado sua administração em oncologia, doenças imunológicas e doenças hepáticas.

2.7 Dietética Chinesa

Por ser a China um país essencialmente agrícola, a dieta ocupa grande parte da vida diária da china e por um bom tempo, foi indistinguível os conhecimentos milenares das propriedades terapêuticas dos alimentos e da herbologia chinesa, pois elas se cruzam no estilo de vida chinês integrado a Natureza. Por esse motivo a dietoterapia chinesa ocupa um lugar importante na visão médica tradicional dessa racionalidade. A dietética chinesa só se distinguiu da herbologia chinesa após o Tratado de Sun Si Miao, médico Taoísta, da dinastia Tang (618-907 DC), enfatiza o tratamento dietético, assim como fala de exercícios e trabalho mental (ERGIL, 2010).

Segundo esse médico chinês, a dieta deve ser adotada e ajustada na doença, antes da medicina herbal, por ser mais segura. Na medicina chinesa, órgãos como estômago, baço e pâncreas são fundamentais na transformação dos alimentos em Qi, sangue, essência e fluidos. A qualidade e preparo desse alimento determinará a qualidade do Qi, que influenciará na saúde e prevenção (ERGIL, 2010).

A alimentação segue parâmetros de acordo com as mudanças sazonais, os 5 sabores e o ciclo circadiano dos 12 meridianos principais do corpo e seus órgãos correspondentes. Isso significa que existem períodos do dia em que aquele órgão está com sua atividade e energia plena e outros horários que sua capacidade energética cai. Por exemplo, o horário que o estômago e baço estão no auge de sua funcionalidade é entre 7h e 11h, o que explica porque as manhãs são os melhores períodos para uma boa refeição. Já o intestino grosso tem seu horário de funcionamento pleno entre 5h e 7h da manhã, que é o melhor horário para as evacuações diárias. Os 5 sabores equilibram o Qi de cada órgão e suas características são usadas tanto na dieta como na medicina herbal (ERGIL, 2010).

Veja por exemplo o sabor doce: na medicina Chinesa são alimentos ricos em carboidratos complexos, ou carnes suavemente doces como a da galinha, considerada

altamente benéfica para tonificar o sistema digestório. O doce equilibra estômago e baço-pâncreas, favorecendo o Qi saudável. Entretanto alimentos excessivamente doces lesam o sistema digestório, devendo ser evitados, pois irá repercutir em algum momento no equilíbrio dinâmico dos 5 elementos. Percebemos que tudo deve estar em equilíbrio, cores, sabores, época de colheita e seu frescor (HENRY, 1997).

2.8 Tuiná – Massoterapia Chinesa

Terapia manual chinesa tão antiga quanto a moxabustão, o termo “Tui Na” significa literalmente “empurrar e agarrar” (ERGIL, 2010). O Tuiná é na verdade um conjunto de técnicas de manipulação terapêutica que inclui massagem, estimulação manual de pontos e trajetos da acupuntura, manipulação de ossos, articulações e tecidos moles. Famoso na ortopedia da MTC, o Tuiná é aplicado em conjunto com a acupuntura e a herbologia chinesa, no pós ou no pré-operatório (LEE, 2017).

Em determinadas situações, as técnicas são fortes e intensas, possuindo pontos em comum com o modelo de ortopedia da medicina ocidental no que se refere à manipulação de ossos (redução) em fraturas e luxações. A primeira escola moderna de treinamento em Tuiná surgiu em Xangai, 1956 (ERGIL, 2010).

Existem diversas aplicações médicas do Tuiná além da ortopedia: medicina interna e neurologia, ginecologia, medicina de reabilitação, pediatria. O Tuiná também é incentivado em ambiente familiar e ambulatorial como um grande promotor de saúde, no autocuidado, e nos treinamentos do esporte (ERGIL, 2010).

2.9 Qi Qong

A expressão “Qi Gong” poderia ser traduzida como “exercícios para fortalecer o Qi” ou “exercícios para aumentar a força”. São exercícios que têm como base a respiração e imitam movimentos dos animais (ERGIL, 2010). Atrelado ao xamanismo chinês, é tão antigo quanto a própria acupuntura, e seguindo a tradição agrária do povo chinês antigo, são exercícios ligados aos movimentos da natureza, estação do ano e comportamento animal, cujo objetivo é favorecer a saúde e a longevidade. O Qi Gong se caracteriza por uma tríade: concentração, postura e respiração, com ênfase e variações conforme a necessidade e o objetivo. Segundo o autor ocidental da prática, Roger Jahnke, o Qi Gong dispara uma série de mecanismos fisiológicos que têm profundos efeitos homeostáticos e curativos em nosso organismo. Em geral, aumento da oxigenação tecidual, aumento da resposta imune, melhora do desempenho neurológico e muscular como equilíbrio, força, memória, cognição e sono (LEE, 2007).

No período da Revolução Cultural na China, o Qi Gong foi proibido, mas a partir de 1980, houve a liberação de diversas práticas e o Qi Gong passou a ser incluído como

uma das ferramentas terapêuticas da medicina Chinesa (ERGIL, 2010). O interesse do Mundo Ocidental nas práticas terapêuticas chinesas levou a um grande número de trabalhos científicos na área, e o Qi Gong passou a ser avaliado cientificamente em pacientes hospitalizados, como tratamento complementar (REES, 2015): hipertensão, cardiopatias, abuso e dependência de substâncias, câncer, doenças reumatológicas. Nos EUA, o Instituto Nacional para a Saúde (NIH) subsidiou vários ensaios clínicos para testar o potencial terapêutico do Qi Gong (LEE, 2007; TONETI, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A MTC dentro da proposta da política nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, cumpre um papel de grande auxílio e de resultados evidentes, a partir de centenas de ensaios clínicos e laboratoriais relevantes publicados em diversos periódicos científicos. As ferramentas desta Racionalidade aqui expostas, já possuem boa aceitação por parte da população como parte integrante dos tratamentos médicos ambulatoriais.

A acupuntura e seus complementares como ventosa e moxabustão já são uma realidade em clínicas populares e escolas privadas de acupuntura, o que ajudou a popularizar estas práticas, antes vista com preconceito. O grande desafio das universidades hoje é fomentar cursos e especializações na área da medicina chinesa e assim aumentar o quadro de profissionais da área de saúde com capacitação para Ensino e atendimento em programas ambulatoriais e especialmente no programa Saúde da Família.

Desde 17 de novembro de 2006, a portaria 853 inclui na tabela de Serviços/ Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Informações do SUS – o serviço acupuntura - Práticas Integrativas e Complementares realizadas por profissionais de saúde especialistas em acupuntura. Em 2008, a portaria nº 154, de 24 de janeiro, cria os Núcleos de Saúde da Família (NASF), e gera oportunidade para que outros possam ser inseridos ao SUS, como: médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), profissionais de Educação Física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais atuam em parceria com as equipes de Saúde da Família.

Segundo Mattos (2004) ao se referir aos sentidos relativos da Integralidade no que tange “às boas práticas dos trabalhadores da saúde”, que tem como definição a substituição da educação baseada no modelo biomédico por um modelo voltado ao cuidado em saúde centrado no indivíduo, a medicina chinesa surge como opção de perfeito encaixe nesse modelo humanístico, pela sua abordagem tanto individualizada e centrada no estilo de vida do indivíduo, bem como favorecendo a aproximação familiar e comunitária ajustado ao contexto cultural daquela comunidade, como já vem sendo praticada desde 2008 em 22 unidades federativas do Brasil, principalmente em SP, embora ainda precise de ajustes em seu modelo de assistência.

A medicina Chinesa possui recursos simples e sem custo adicional, como o Tuiná e o Qi Gong, que vistas como exercícios promotores da saúde e do bem-estar, que podem ser praticados em grupos, ajudaria na inclusão de indivíduos em programas de APS ao mesmo tempo que contribuiria para conscientizar e educar sobre os cuidados e prevenção com a saúde, substituindo hábitos nocivos no estilo de vida, por hábitos saudáveis. São programas de fácil longitudinalidade devido ao baixo custo, necessitando de um profissional da área da educação física ou fisioterapia para dar continuidade às aulas atingindo uma enorme fatia da população de um determinado local (MATTOS, 2006).

Segundo Troncon (2004), o processo de ensino e aprendizagem da área de saúde e o desenvolvimento das competências relativas a graduação da medicina estão atreladas “à criação de disciplinas específicas nos primeiros anos do curso, voltadas a promover o contato precoce do estudante com os serviços de promoção e atenção à saúde disponíveis na comunidade”. Nesse contexto, poderíamos inserir no início da graduação, a medicina chinesa, sua abordagem centrada no indivíduo e na comunidade, e na sequência, internatos com estágios nos Serviços de Atenção Primária em áreas especializadas como acupuntura, moxabustão, auriculoterapia, fitoterapia chinesa, Tuiná e Qi Gong. Só o fato de estagiar nesse campo vasto que é a medicina chinesa, já causaria enorme impacto nos conceitos e na própria concepção de saúde do estudante, despertando suas percepções em relação a ele mesmo e a comunidade da qual faz parte.

A medicina chinesa, agregaria aos Serviços de Atendimento em saúde, vantagens socioeconômicas, acadêmicas e humanísticas, como:

1. Reduzir custos financeiros com cirurgias e medicalização excessiva, reduzindo a demanda em hospitais públicos supersaturados;
2. Baixo custo para organizar cursos e selecionar profissionais habilitados desta racionalidade, já que as universidades possuem espaços físicos e ambulatórios que poderiam ser reaproveitados com estes fins;
3. A MTC nas PIC no SUS, produziria material humano e científico para crescemos em nossa própria produção científica e ensaios clínicos;
4. A contribuição em termos de saúde, para redução de morbidades e excesso de medicação em doenças reumáticas, sequelas de tratamentos oncológicos, traumas e doenças neurológicas;
5. Incentivo a prática não invasiva desta racionalidade como o Qi Gong e o Tuiná, com intuito de promover mais saúde, autoestima e felicidade entre os pacientes.

EXERCÍCIOS PARA FIXAÇÃO DE APRENDIZAGEM

1. Descrever, em termos comparativos, a abordagem em medicina, visão da saúde e da doença, tanto do ponto de vista da racionalidade em medicina chinesa como do nosso ponto de vista expresso em pelo modelo biomédico ocidental.

2. Quais as vantagens e desvantagens, do ponto de vista do paciente, em ambos os modelos?
3. Quais os desafios prováveis que o projeto PICs poderá enfrentar ao implantar os recursos da acupuntura e do Tuiná em ambulatórios de especialidades médicas e no Programa saúde da Família?
4. Citar algumas áreas da medicina que poderiam se beneficiar com a implantação da Acupuntura e do Qi Gong.
5. Em que setor da medicina ocidental poderíamos integrar a Dietoterapia chinesa e a farmacoterapia chinesa?
6. Descreva de forma objetiva e sucinta as perspectivas, no Brasil, de implantação ambulatorial e mesmo hospitalar de algumas das práticas da racionalidade médica chinesa?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJORI, L; NAZARI, L; ELIASPOUR, D. **Effects of acupuncture for initiation of labor: a double-blind randomized sham-controlled trial.** Archives of gynecology and obstetrics, v. 287, p. 887-891, 2013. Disponível em: Doi: 10.1007 / s00404-012-2674-y. Epub 2012, 14 de dezembro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Livreto 1. **Contexto histórico da institucionalização das práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: Guia de práticas integrativas e complementares em saúde para os gestores do SUS.** Dezembro, 2020. Elaborado pela coordenação nacional de práticas integrativas e complementares em saúde (CNPICS)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário Temático: **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** –Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, DF, 2018.

CONTATORE OA; TESSER CD; BARROS NF. **Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos [online]. 2018; 25 (3): 841-858.

CHENG, Z, et al. **The Impacts of Along-Channel Acupuncture on the Protein Expressions of the Chloride Channel of the Rats with Myocardial Ischemia.** Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2013.1 (2013): 321067. Disponível em: Doi: 10.1155 / 2013/321067. Epub 2013, 24 de junho.

CINTRA, M.E **Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde.** Disponível em: www.scielo.br/scielo/icse/Interface (Botucatu) 14 (32) Mar 2010.

DEBATIN, R. **Primeiros Socorros: técnicas convencionais associadas às técnicas alternativas.** Rio de Janeiro: Ed Sohaku-In, 2003.

ERGIL, M. **Medicina chinesa, guia Ilustrado**. São Paulo: Ed Artmed, 2010.

FREITAS, F.P.P. **Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro**. 2015. 129 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

GARRIDO, C.S. **Farmacologia e Medicinas Tradicionais chinesas**. Vol. II. São Paulo: Ed Roca, 2004.

YOUNT, G et al. **In vitro test of external Qigong**. BMC Complementary and Alternative Medicine, v. 4, p. 1-8, 2004.

HARZHEIM, E. **Atenção primária à saúde e as redes integradas de atenção à saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: OPAS, 2011. P. 45-54, 2011.

HECKER H.U. et al. **Atlas Colorido de Acupuntura**. São Paulo: Ed Guanabara-koogan, 2007.

CHEN, K.W. **An analytic review of studies on measuring effects of external Qi in China**. Alternative Therapies in Health and Medicine, v. 10, n. 4, p. 38-51, 2004..

HENRY, L. **Alimentos chineses para longevidade**. São Paulo: Ed Roca, 1997.

HONG, G.G. **The scientific understanding and applications of acupuncture**. Laboratory Medicine, v. 29, n. 4, p. 233-238, 1998.

JAHAN, I; AHMET, O.N.A.Y. **Potentials of plant-based substance to inhibit and probable cure for the COVID-19**. Turkish Journal of Biology, v. 44, n. 3, p. 228, 2020..

KORNIS, G.E.M. et. al. **Transformações recentes da indústria farmacêutica: um exame da experiência mundial e brasileira no século XXI**. Volume 24 nº 3 Páginas 885 – 908. Physis: Revista de Saúde Coletiva Set 2014.

LEE, NW et al. **Chuna (or Tuina) Manual Therapy for Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials**. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, v. 2017, n. 1, p. 8218139, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2017/8218139>.

MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina Chinesa**. 2^a ed. São Paulo: Ed Roca, 2007.

MAIKE, S.R.L. **Fundamentos Essenciais da medicina chinesa**. São Paulo: Ed ícone, 1995. Escolas de MTC de Beijing, Shanghai e Nanjing.

MCCARTHY, M. **Health system report ranks UK first, US last**. BMJ . 2014; 348 (25): g4080 . doi: 10.1136/bmj.g4080.

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MICUNOVIC, I. **Origin of Chinese medicine, acupuncture & moxibustion**. J Altern Complement Integr Med, v. 4, n. 2, p. 054, 2018. Disponível em: DOI: 10.24966/ACIM- 7562/100054. September 2018.

MS LEE. **External Qigong for PainConditions: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials.** The Journal of Pain. Volume 8, Issue 11, November 2007, Pages 827-831.

NORMAN, AH; TESSER, CD. **Seguindo os passos de McWhinney: da medicina de família à medicina tradicional e complementar.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2019, 23: e 190036.

O'CONNOR. J. **Acupuntura, um texto comprehensível.** São Paulo: Ed Roca, 1996.

PALMEIRA, G. **Acupuntura no ocidente.** Disponível em: scielo.br/ Cad. Saúde Pública 6 (2) Jun 1990. RGCP. Royal College of General Practitioners. **The RCGP curriculum: core curriculum statement.** London: Royal College of General Practitioners ; 2016 .

SANTOS, F.S. **Industria farmacêutica durante os anos (nem tão) dourados: euforia e desencanto (1950-1960).** V. 12 nº 2. Belo Horizonte: Edição 33 – Temporalidades, 2020.

SENNNA-FERNANDES, V; FRANCA, D. **Acupuntura cinética: tratamento sistemático do aparelho locomotor e neuromuscular da face por acupuntura associada à cinesioterapia.** Fisioterapia Brasil, v. 4, n. 3, p. 185-194, 2003.

SHIN, S.S. **Development of integrated traditional Chinese and western medicine and change of medical policy in China.** Korean Journal of Medical History, v. 8, n. 2, p. 207-232, 1999.

SOUZA, T. S.; MIRANDA, M.B.S. **Horticultura como tecnologia de saúde mental.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. Bahia. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e Tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>

STARFIELD, B, SHI L , Macinko J . **Contribution of primary care to health systems and health .** Milbank. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

TEIXEIRA, VR. **A Acupuntura nos Serviços Públicos de Saúde, uma prática possível: a experiência do Hospital Universitário Pedro Ernesto.** (dissertação de mestrado). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro. 2007.

THOMAS, M, ERIKSSON SV, LUNDEBERG, T. **A comparative study of diazepam and acupuncture in patients with osteoarthritis pain: a placebo controlled study.** Am J Chin Med. 1991;19(2):95-100.

TONETI, B.F et al. **Benefits of Qigong as an integrative and complementary practice for health: a systematic review.** Revista latino-americana de enfermagem, v. 28, p. e3317, 2020.

TRONCON, L.E.A. **Avaliação de uma Reestruturação Curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Influência sobre o Desempenho dos Graduandos.** Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.2-019>. Rev. bras. educ. med. 28 (02): (May-Aug 2004).

YAMAMURA, Y. **Entendendo medicina chinesa e acupuntura.** São Paulo: Ed Center AO, 2006.

YANG, E.S et al. **Ancient Chinese medicine and mechanistic evidence of acupuncture physiology.** Pflügers Archiv-European Journal of Physiology, v. 462, p. 645-653, 2011.