Maria Inês de França Roland

**Fatores associados ao estabelecimento da medicina
tradicional chinesa na cidade de São Paulo**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências**

**Programa de Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Reinaldo José Gianini**

**(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1º de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)**

São Paulo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Roland, Maria Inês de França

Fatores associados ao estabelecimento da medicina tradicional chinesa na cidade de São Paulo / Maria Inês de França Roland. -- São Paulo, 2012.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Reinaldo José Gianini.

Descritores: 1.Acupuntura 2.Terapias complementares 3.Medicina tradicional chinesa 4.Educação médica 5.Equidade em saúde

USP/FM/DBD-158/12

曰水火
木金土
此五行
本乎數
曰仁義
禮智信
此五常
不容紊

*Ao Reinaldo,
que me aceitou, me ouviu,
e me ensinou a entender e gostar da medicina*

AGRADECIMENTOS

A todos os ancestrais, em nome de meus pais, Luiz de França Roland e Maria Aparecida da Costa França Roland, por me trazer à vida e me oferecer a base para chegar até aqui;

À Maria Brolini Caracini, que me cuidou na primeira infância;

Às Irmãs Ana e Luzia, que me ensinaram a observar o mundo e o reconhecer que ele é variado, divertido e colorido, princípios que me orientam;

Aos queridos Mr. Yo Kian Goan (em memória) e Sr. José Mendes dos Santos (em memória), que me mostraram ser sempre possível traçar um novo caminho;

À Da. Lenina Pomeranz (Profa. Dra.) e à Therezita (Thereza Soares Pagani), referências constantes;

À Angela Cristina Martins, por me cuidar sempre;

À Rosa Chan Kit Ying e Paulo Luiz Wong, pela sabedoria e carinho;

À Miriam Regina de Souza, primeira pessoa com quem desfrutei o prazer de conviver nesta casa e me entusiasmou a fazer o doutorado;

Aos amigos Tiago Souza dos Anjos, Isabelle de Vasconcellos Corrêa dos Anjos, Beatriz Helena de Souza Atti, Felipe Kimio Kashiwaya de Araújo e Rogério Ruscitto do Prado, pela convivência agradável;

Ao Sr. Irineu Soriano e ao Jorge Popoff (Joca), pelo apoio logístico e informações históricas preciosas;

Às equipes de segurança, serviços, xérox, lanchonetes e restaurantes que sempre nos acolhem e cuidam com carinho, em nome de Eliete Maria Bichara, Murilo Santana de Paiva, Zuleide Soares da Silva Moura, Thais Souza Meira, Edileusa de Sousa Ferreira, Larronya Aguiar Motta, Tânia Souza Meira, Ana Paula Feitosa da Silva, Anacléa Santos Souza, Verginia Maria Andreossi e Eugênio Soares Santos;

À Edileusa Espírito Santo Amorim e à Maria Quitéria Paulino de Carvalho, sempre atenciosas, queridas e prestativas;

À Marlene Pezzatti da Silva, Lucia Schulios Torlai, Simone Santos de Souza e Marlene Goreti de Sales, pelo apoio constante, bom humor e boa convivência;

Aos professores Julio Litvoc e Paulo Eduardo Mangeon Elias (em memória), por me ingressarem no programa;

Aos queridos Fabrícia Beltramini e João Paulo Sevegnani, sempre tão presentes e afetuosos;

À Maria Aparecida Modesto, Alice Rodrigues Alves Moreira, Katia Cristina Robadel Martinho, companheiras de aprendizado;

A toda a equipe da biblioteca da FMUSP, onde passei muitos dos melhores períodos de estudo, em nome de Valéria Lombaroli, Márcia Arruda, Marinalva Aragão, Maria Céu Pereira Faria, Antonio Belo da Silva, Glaucia Heloísa Pires Corrêa e José do Nascimento;

A toda a equipe da biblioteca da FSP/USP, onde passei outros tantos dos melhores períodos de estudo, em nome de José Estorniolo Filho, Maria Cecília Albernaz Lins Silva de Andrade, Gabriela Pinheiro da Conceição, Miriam Alves Wrigg, José Francisco Machado de Oliveira e Isac de Assis Soares;

Aos professores José Eluf Neto, Moisés Goldbaum, Paulo Menezes e Moacir Nobre, pelos estudos epidemiológicos;

Ao professor Nelson da Cruz Gouveia, pela presença gentil, dedicação ao trabalho e compromisso com o mundo;

Aos queridos Camila Nascimento Monteiro, Anna Carolina Arena Siqueira, Aline Siqueira Ferreira, Laura Mannarini, Auryana Maria Archanjo, Edinilza Ribeiro dos Santos, Claudia Barros e Fernando Pessoa de Albuquerque, grandes amigos e companheiros nessa jornada;

À Idolinda Rosa de Jesus Almeida e à Lilian Santos de Godoy Prado, formidáveis amigas. Sem elas, este trabalho não existiria;

À professora Hilegonda Maria Novaes, pelo apoio quando mais precisei;

Ao meu orientador, professor Reinaldo José Gianini, a quem dedico este estudo;

Às professoras Lilia Blima Schraiber e Márcia Thereza Couto Falcão, pelos estudos qualitativos;

Ao professor André Mota, pelas sugestões fundamentais em metodologia e história;

Ao Raphael de Abreu Meciano, à Marcia Cristina Pacito Fonseca Almeida e toda a equipe do Centro de Memória da FSPUSP, pela atenção e apoio na pesquisa histórica;

Ao Ivaldo Olímpio da Silva, pela paciência no ensino do tratamento de informações quantitativas;

Às professoras Maria Aparecida Basile, Maria Eugênia Vanzolini, Silvia Itzcovici Abensur, e à Gisela Aparecida Dantas de Macedo, pelo aprendizado em didática e o acolhimento no CEDEM-FMUSP;

Aos professores Maria Ines Battistella Nemes, Alexandre Domingues Granjeiro, Patrícia Coelho de Soárez, Olinda do Carmo Luiz, Fernando Mussa Abujamra Aith, pela generosidade e oportunidade do estágio e aprendizado;

A todos os amigos queridos que fiz durante a pesquisa no IOTHC-FMUSP, ICHCFMUSP e CEIMEC;

À Ester Mironescu Tomazini, Sipriana Soares Araujo Santos, Ana Rita Dias, Maria José Silva Carvalho Port e ao Marco Antonio de Carvalho (membro da associação de Voluntários do HC-FMUSP), pelo suporte na assistência à saúde;

À Ana Tereza da Costa Galvanese, pela importante atenção na reta final;

À Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior;

Ao Santuário São Judas Tadeu e às pessoas de lá que têm me acolhido com carinho;

A toda a equipe do SESC Vila Mariana, que me acolheu no período crucial da redação;

A todos os colegas do SESC com quem partilhei bons períodos de estudo e descontração;

Aos queridos Ana Claudia de Camargo Gonçalves Germani e Gianítalo Germani, mais nova amizade que trouxe luz e ar fresco à minha vida de reclusão – Namastê!

Ao Augusto César Rosito Ferreira, ao Renato Toshiyuki Murasaki e à Luciana Prado, pela leveza.

A Deus, presente em todas as coisas.

*Se, à primeira vista, a ideia não for absurda,
não há esperança para ela.
Albert Einstein*

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELA

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Produção científica e acupuntura.....	12
1.2	Literatura sobre o estabelecimento da acupuntura na cidade de São Paulo e no ambiente acadêmico dessa cidade	13
2	OBJETIVOS.....	22
3	METODOLOGIA	24
3.1	Teoria ator-rede	25
3.2	Procedimentos de campo.....	28
	3.2.1 Identificação dos ambientes para realização do estudo empírico	28
	3.2.2 Observação participante	30
	3.2.3 Elaboração de roteiro de entrevistas.....	40
	3.2.4 Atores entrevistados	42
	3.2.5 Material utilizado para elaboração deste trabalho	46
	3.2.6 Outros procedimentos.....	47
	3.2.7 Análise das informações produzidas em campo.....	47
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1	Primeira parte: caracterização do campo – atores não-humanos e humanos.....	49
	4.1.1 O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).....	49

4.1.2	Instituto de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP (IOT)	50
4.1.3	Instituto Central, HC-FMUSP – Grupo Multidisciplinar de Dor e Neuroestimulação (GMD), e parceria com o Centro de Estudo Integrado de Medicina Chinesa (CEIMEC).....	52
4.1.4	Agulhas de acupuntura	53
4.1.5	Médicos entrevistados	57
4.2	Segunda parte: interpretações dos médicos entrevistados para o sistema circulatório da acupuntura no HC-FMUSP	62
4.2.1	MOBILIZAÇÃO DO MUNDO: rompendo barreiras internas – cursos, assistência em ambulatórios didáticos e protocolos de pesquisa	62
4.2.1.1	Formação profissional.....	63
4.2.1.2	Assistência ambulatorial	75
4.2.1.3	Protocolos de investigação científica, placebo e efeito placebo	91
4.2.1.4	Mercado profissional, medicina de grupo e outros praticantes	100
4.2.2	AUTONOMIZAÇÃO: combinando sem converter – institucionalização da acupuntura no HC-FMUSP	104
4.2.2.1	Congressos de acupuntura médica	122
4.2.2.2	Criação de um Departamento de Acupuntura	124
4.2.3	ALIANÇAS [e dissenso]: rompendo barreiras externas – universidade, Congresso Nacional, médicos e China	130
4.2.3.1	Projeto de Lei nº 7.703-C/06, o Ato Médico	135
4.2.3.2	Apoio de associações externas à universidade.....	139
4.2.4	REPRESENTAÇÃO PÚBLICA: respondendo a uma demanda social – assistência em acupuntura e divulgação da terapêutica pela mídia.....	148
4.2.5	NÚCLEO CONCEITUAL: flexibilizando a MOM e a MCC – coração palpitante do sistema circulatório da acupuntura no HC-FMUSP.....	159
4.2.5.1	MCC e MOM.....	162

4.2.5.2	Benefício terapêutico, dinâmica e cristalização	169
4.2.5.3	Interpretações sobre a formação médica e a relação terapêutica	173
4.2.5.4	Síntese dos resultados e discussão	177
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	194
7	ANEXOS	210

LISTA DE SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Acupuntura
AI	Alianças
AMB	Associação Médica Brasileira
AMBA	Associação Médica Brasileira de Acupuntura
AMPA	Associação Médica Paulista de Acupuntura
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Au	Autonomização
BMAS	British Medical Acupuncture Society
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HC-FMUSP
CNA	Comissão Nacional de Acreditação
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEIMEC	Centro de Estudo Integrado de Medicina Chinesa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMA-SP	Colégio Médico de Acupuntura, regional São Paulo
CMAp	Colégio Médico de Acupuntura Paulista
CMBA	Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSE	Centro de Saúde Escola
EAD	Educação à distância
ECR	Ensaio clínico randomizado
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FDA	Food and Drug Administration
FINEP	Financiadora de Estudo e Projetos
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FSP-USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
GMD	Grupo Multidisciplinar de Dor e Neuroestimulação do ICHC-FMUSP
ICHC-FMUSP	Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ICMART	International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques
IOTHC-FMUSP	Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
MBE	Medicina baseada em evidências
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MCC	Medicina Chinesa Clássica
MM	Mobilização do Mundo
MOM	Medicina Ocidental Moderna
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NC	Núcleo Cnceitual
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAMB	Prédio dos Ambulatórios
PubMed	Us National Library of Medicine/National Institutes of Health
RP	Representação Pública
SAA	Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo
SAMS	Serviço de Assistência Médica e Social HC-FMUSP
Scielo	Scientific Eletronic Library Online
SMBA	Sociedade Médica Brasileira de Medicina
SOMA	Sociedade Médica de Acupuntura, São Paulo
STRICTA	Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture
SUS	Sistema Único de Saúde
TEAC	Título de especialista em acupuntura
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1.	Medicina chinesa clássica e as formas (1 e 2) que adquiriu no Brasil	4
Figura 2.	Fluxograma da composição dos atores humanos entrevistados e não entrevistados neste estudo	45
Figura 3.	Agulhas de acupuntura modernas: descartáveis e embaladas individualmente, com canícula e suporte em plástico para evitar contato da mão do acupunturista com a superfície que penetrará no paciente.....	52
Figura 4.	Estação da mobilização do mundo (MM) aplicada aos ambientes de acupuntura estudados	67
Figura 5.	Desdobramentos das associações de médicos acupunturistas, a partir da matriz histórica multiprofissional.....	107
Figura 6.	Estação da autonomização (Au) da acupuntura no HC-FMUSP em sua complexidade	115
Figura 7.	Estação das alianças (Al) estabelecidas para a autonomização da acupuntura científica no HC-FMUSP	134
Figura 8.	Estação da representação pública (RP) no estabelecimento da acupuntura no HC-FMUSP	154
Figura 9.	Núcleos conceituais da MCC, MCC+MOM e MOM	164
Quadro 1.	Distribuição das atividades de observação participante, durante pesquisa de campo	44
Quadro 2.	Perfil dos médicos entrevistados	59
Quadro 3.	Pareceres e Resoluções do CFM relacionadas à acupuntura	141
Quadro 4.	Pareceres e Resoluções do CREMESP relacionadas à acupuntura...	142
Quadro 5.	Pareceres e Resoluções do CEE relacionadas à acupuntura	146
Quadro 6.	Quadros clínicos para os quais a acupuntura pode ser terapêutica principal ou coadjuvante, segundo os médicos entrevistados	171

RESUMO

Roland MIF. Fatores Associados ao estabelecimento da medicina tradicional chinesa na cidade de São Paulo. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo, 2012.

A acupuntura é uma estratégia da medicina chinesa que teve introdução no ocidente por meio de ondas orientalistas, a partir do século 18, quando foi associada à cirurgia, por se tratar de terapêutica externa. Durante a primeira metade do século 19, foi objeto de interesse científico, perdendo impacto na segunda metade daquele século, quando identificada como etnomedicina, de interesse apenas histórico. Não obstante, a investigação científica sobre esta terapêutica não foi encerrada. No início do século 20, estudos sobre acupuntura buscavam uma explicação para sua dinâmica nas teorias da eletricidade animal. Nos anos 1960, nova onda da terapêutica, mística e esotérica, acompanhou o movimento de Contracultura no ocidente, fora do ambiente acadêmico. A partir dos anos 1970, sua admissão formal em meio acadêmico foi facilitada pela reaproximação do ocidente com a República Popular da China. Desde então, a acupuntura vem ganhando espaço nas investigações científicas, estabilizando sua explicação pela teoria neurofisiológica, visando a identificar padrões terapêuticos para situações de saúde classificadas pelo núcleo conceitual da Medicina Ocidental Moderna (MOM). O presente estudo de caso descreve o estabelecimento da acupuntura científica na Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo (FMUSP). Utiliza a teoria ator-rede de Bruno Latour e colaboradores. Identifica as redes de conexão utilizadas pelos doutores Hong Jin Pai, Wu Tu Hsing e Chin An Lin para instalar ensino, assistência e pesquisa acadêmica em acupuntura nessa instituição de ensino superior, considerada ícone na difusão de conhecimento ortodoxo em medicina. Essa trajetória é construída por meio de depoimentos de médicos acupunturistas que participam das atividades didáticas, assistenciais e de pesquisa na FMUSP. Foram empregadas as estratégias de observação participante (fevereiro a dezembro de 2010), entrevistas semiestruturadas (17), pesquisa documental e midiática. Os registros de campo foram digitados em Word2003 e Word 2007. As entrevistas tiveram gravação digital e foram transcritas. A análise realizada foi temática e de conteúdo, considerando cinco temas principais propostos por modelo de sistema circulatório latouriano: mobilização do mundo, autonomização, alianças, representação pública e núcleo conceitual. Os resultados indicam que a acupuntura: (1) reforça o conhecimento de que parte considerável das enfermidades é simples e não precisa de alta tecnologia para construção do diagnóstico e da terapêutica; (2) é um contraponto para a MOM que tem alto custo e nem sempre oferece resultados satisfatórios para o médico e/ou o paciente; (3) contribui para melhorar as estratégias de assistência à saúde; (4) modula o consumo de fármacos; (5) os pacientes usam as Medicinas Complementares e Alternativas (MCAs) e isso se relaciona: (a) ao alto custo financeiro da MOM, (b) ao efeito terapêutico imediato da acupuntura, (c) a insucessos no tratamento convencional, (d) à boa relação terapêutica que proporciona; (6) quando baseada em evidências, a acupuntura tem sua prática legitimada no sistema de saúde. Conclui-se que: (1) a formação em acupuntura reforça a dimensão clínica da prática médica, associada à imagem do bom profissional de saúde; (2) a ideia da acupuntura apenas como placebo é inadequada; (3) a não regulamentação da profissão de acupunturista prejudica a formação profissional que possa responder às necessidades de assistência em saúde, com padrões de excelência; (4) combinadas, MOM e Medicina Chinesa Clássica (MCC) potencializam o benefício terapêutico aos pacientes.

Descritores: Acupuntura, Terapias Complementares, Medicina Tradicional Chinesa, Educação Médica, Equidade em Saúde

ABSTRACT

Roland MIF. Factors Associated with the establishment of Traditional Chinese Medicine in Sao Paulo. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo, 2012.

Acupuncture is a strategy of Chinese medicine. It was introduced in the West from Orientalist waves since the 18th century. It was associated with surgery, because its characteristic of external therapy. It was object of scientific interest during the first half of the 19th century, but lost impact in the second half of this century when it was identified as ethnomedicine with historical interest only. Nevertheless, scientific research on this therapy has not been closed. In the early 20th century, studies on acupuncture sought an explanation for their dynamics on theories of animal electricity. In the 1960s new waves of therapy, esoteric, mystical, accompanied the Counterculture movement in the West, outside the academic environment. From the year 1970, its formal admission into the academic environment was facilitated by the West rapprochement with the People's Republic of China. Since then, acupuncture has been gaining ground in scientific investigations, stabilizing its explanation by neurophysiologic theory, identifying therapeutic standards for health situations classified by the core concept of the MOM (modern Western medicine). This case study describes the establishment of acupuncture science in the Faculty of Medicine at the University of Sao Paulo, FMUSP. It uses actor-network theory of Bruno Latour and colleagues. It identifies the network connection used by Dr. Hong Jin Pai, Wu Tu Hsing and Chin An Lin to install education, service and academic research in acupuncture at this institution of higher learning, considered icon on the diffusion of knowledge in orthodox medicine in Brazil. This trajectory is constructed by testimonials from medical practitioners who participate in educational activities, assistance and research in FMUSP. The research strategies used were participant observation (February-December 2010), semi-structured interviews (17), documentary and media research. The field records were entered into Word2003 and Word 2007. The digital recording interviews had been transcribed. The analysis was thematic and content, considering five main themes proposed by Latour's circulatory system model: mobilization of the world, empowering, alliances, public representation and conceptual core. The results indicate that acupuncture: (1) reinforces the knowledge that a considerable part of the diseases is simple and does not need high technology for construction of diagnosis and therapy, (2) is a counterpoint to MOM which is costly and not always provide satisfactory results for the physician and / or patient, (3) contributes to improve strategies for health care, (4) modulates the consumption of drugs, (5) patients use the CAM (Complementary and Alternative Medicine) and this is related to: (a) the high financial cost of the MOM, (b) the immediate therapeutic effect of acupuncture, (c) failures in the conventional treatment, (d) improves therapeutic relation, (6) once based on evidence, Acupuncture has legitimized his practice in health service. We conclude that: (1) training in acupuncture strengthens the clinical dimension of medical practice associated with the image of good health care, (2) the idea of acupuncture just as placebo is inadequate, (3) without regulation, the profession of acupuncturist affect negatively the needs of health care with standards of excellence, (4) MOM combined with CCM (Classical Chinese Medicine) potentiates the therapeutic benefit.

Descriptors: Acupuncture; Complementary Therapies; Medicine, Traditional Chinese; Education, Medical; Equity in Health

1 INTRODUÇÃO

A medicina chinesa consiste em um conjunto de conhecimento e práticas terapêuticas com desenvolvimento sistematizado desde, pelo menos, a dinastia Han [206a.C.-220], quando foi realizada a primeira grande estabilização conhecida dos princípios e conceitos que a orientam (Chu, 2010; Tan et al., 2009; Alter, 2008; Chen, 2008; Kavoussi, 2007; Fan, 2005; Hsu, 2005; Pai, 2005; Chu, 2004; Fan 2004a, 2004b; Shankar e Liao, 2004; White and Ernst, 2004; Zhu, 2004; Klein-Franke e Ming, 2003; Kopp et al., 2003; Fu et al., 2001; Subbarayappa, 2001; Tsai, 1999; Guo, 1995; Xu and MacEntee, 1994; Ma, 1992; Unschuld, 1987; Koh, 1981; Needham, 1978; Bowers, 1978; Hucker, 1975; Mann, s.d.; Souza, 1942).

Esses princípios e conceitos tiveram seu florescimento durante um período da história da China conhecido como Primavera e Outono [770-476 a.C.] e Estados Combatentes [475-221a.C.], quando surgiram diversas escolas de pensamento, das quais podem-se mencionar: Confucionismo, Daoísmo, Legismo, Escola dos Nomes e Escola Yin-Yang, a última sendo responsável pelo equacionamento das teorias consideradas centrais da medicina chinesa na atualidade: a teoria do yin-yang e a teoria dos cinco poderes (elementos, movimentos, estações) (Ma, 1992; Fung, 1976), atribuídas equivocadamente ao daoísmo.

A medicina chinesa, dinâmica como a filosofia chinesa, foi se transformando e se recriando ao longo do tempo (Yang, 2004; Fu et al., 2001; Xu e MacEntee, 1994), recebendo influências externas, como a do budismo indiano e a persa (Alter, 2008; Fan, 2005; Klein-Franke e Zhu, 2003), e oferecendo também contribuições para outras matrizes filosóficas e médicas, dentre elas a ocidental (Sagli, 2010; Candelise, 2010; Li and Zhang, 2008; Ma, 2005; Wilhelm, 1996)¹.

Ao longo do tempo, ambas, filosofia e medicina chinesa, selecionaram e adaptaram conceitos, práticas e normas que eram aceitos por uma elite aristocrática, colocando parte do seu conhecimento à margem do que se ensinava oficial e

¹ Constituiriam herança da acupuntura o uso do agulhamento hipodérmico, a eletroterapia profunda e a aplicação de agulhas nos pontos de acupuntura, entre outros. In: Bossy J. The History of Acupuncture in the West: Exotism, Esoterism and Opposition to Cartesian Rationalism, Complementary to the Occidental Medical System. *Nihon Ishigaku Zasshi [Journal of Japanese History]*. 1982;28(1):81-120.

institucionalmente. A acupuntura, por exemplo, uma das estratégias terapêuticas da medicina chinesa, foi incorporada à Escola Médica Imperial durante a dinastia Tang [618-906], teve seu apogeu durante a dinastia Song [960-1279] e foi entrando em declínio a partir da dinastia Ming [1368-1644], período que antecedeu a introdução da medicina ocidental na China por missões religiosas.

Essa seleção de conhecimentos e práticas não impediu que se desenvolvesse em conjunto, na China, um conhecimento popular incorporado à cultura. Tal processo de desenvolvimento e transformação do núcleo conceitual que orientou as práticas médicas chinesas não difere daquele verificado em outras civilizações como a indiana ou a japonesa (Patwardhan et al., 2005; Yu et al., 2006), ou mesmo as ocidentais (Ou et al., 2003), séculos depois (Bossy, 1982).

Curiosamente, enquanto entrava em declínio no território chinês, a medicina chinesa passou a ser tomada em conta no ocidente, a partir do século 17², mais por influência de jesuítas que visitaram a China, vias diplomáticas e pelos médicos da Companhia Holandesa das Índias Ocidentais. A acupuntura chegou ao ocidente no século 18. O interesse pela terapêutica cresceu no século 19 (Barnes, 2007; Baldry, 2005; Kaplan, 1997; Bossy, 1982), particularmente na França, mas também na Alemanha, nos EUA, na Rússia – onde o uso de pontos de acupuntura para aplicação de medicamentos se tornou comum – e na Inglaterra – onde a preferência foi pelo agulhamento em pontos de dor (Baldry, 2005; Bossy, 1982; Bowers, 1978), quando foi iniciada a busca de uma teoria ocidental para o seu entendimento. No entanto, já no final desse século, teria havido um declínio do interesse pela terapêutica, com a medicina chinesa sendo considerada uma etnomedicina de valor apenas histórico (Bossy, 1982). Isso parece estar relacionado à expansão política e econômica do ocidente sobre a civilização chinesa, com efeitos sobre a área de saúde.

A retomada da acupuntura apareceria de maneira mais visível na França a partir da primeira metade do século 20 (Candelise, 2010), associando conhecimentos da medicina chinesa clássica (MCC) e da medicina ocidental moderna (MOM), e com estudos científicos (Bossy, 1982).

² Notícias sobre a medicina chinesa chegaram ao ocidente um século antes, mas a acupuntura não era objeto de interesse, senão a Matéria Médica. No século 18, a terapêutica era relacionada à cirurgia porque era um recurso externo de tratamento da saúde. In: Bossy, *idem*.

Nos anos 1960-70, uma linha mais mística e esotérica ganhou força na França e outros países ocidentais acompanhando o movimento de Contracultura, pretendendo fundamentar-se na verdadeira teoria da MCC (Bossy, 1982), tendo também repercussão no Brasil, entre elites intelectuais e econômicas.

No Brasil, a instalação da acupuntura como estratégia terapêutica parece remontar ao início do século 20 (Figura 1), quando era restrita às colônias orientais. Sua introdução entre profissionais não orientais se deu inicialmente pelas mãos do fisioterapeuta e massoterapeuta luxemburguense Frederich Johann Spaeth, nos anos 1960, com expansão para diferentes segmentos profissionais. Nos anos 1980, novas escolas de acupuntura ganharam destaque, como a vienatmita e a coreana. Esse amálgama de escolas resultaram no que este estudo convencionou chamar de acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil.

No início dos anos 1990, passou a fazer parte desse cenário a acupuntura científica (ou baseada em evidências) praticada em duas instituições de ensino e assistência ambulatorial à saúde: o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e o Centro de Estudos Integrados de Medicina Chinesa (CEIMEC), com uma proposta de integração entre MOM e MCC.

Ainda que aparentemente adversárias dos grupos do HC-FMUSP e do CEIMEC, a(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil se beneficiaram das conquistas políticas obtidas por esse grupo, particularmente quanto à legitimação da terapêutica frente a aliados como a medicina de grupo (Quadro 4, Parecer 113.289/09).

Também nos anos 1990, aspectos comuns aos diferentes núcleos conceituais dessas matrizes médicas (MOM e MCC) possibilitaram a construção de um modelo de entendimento das teorias e práticas de assistência à saúde conhecido como racionalidades médicas³ (Souza e Luz, 2011; Tesser, 2009; Tesser e Luz, 2008; Luz, 2007; Luz, 1996a; Luz, 1996b; Camargo Jr., 1993; Luz, 1993a; Luz, 1993b; Luz, 1993c; Marques, 1993).

³ [...] uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia. In: Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(1):196.

Figura 1. Medicina chinesa e as formas (1 e 2) que adquiriu no Brasil

Legenda:

- Transmissão direta
- - - Desenvolvimento próprio
- . - Comunicação necessária, devido a alianças políticas (CFM, AMB) e econômicas (medicina de grupo)

O conceito de racionalidade médica está relacionado à ideia de chegada da acupuntura no Brasil com o movimento contracultural⁴ e teve seu desenvolvimento no contexto mais amplo dos movimentos sociais pela democratização do país na

⁴ De acordo com Souza e Luz, o movimento contracultural teve origem no ocidente, final dos anos 1960, quando “[...] uma juventude revolucionária partia em busca de novas soluções terapêuticas, utilizando tais práticas não apenas como terapias, mas como símbolos de uma ‘revolução cultural’”. Uma parte dessa ‘estratégia revolucionária’ foi a importação de sistemas exógenos de crenças e orientações filosóficas, geralmente orientais, que serviram de fundamento para a construção de um corpo ideológico de orientações práticas. Nesse contexto, os usuários das então chamadas terapias alternativas estavam à procura de práticas congruentes com essas orientações, que pudessem afirmar e materializar sua ideologia numa *práxis*”. In: Souza EF, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2009;16(2):394. Bossy (idem) considera três movimentos orientalistas (mais propriamente a sinofilia) no ocidente, em especial na França. O primeiro acompanha o declínio do Antigo Regime no século 18; o segundo na transição do século 19 para o século 20, e o terceiro nos anos 1960.

década anterior. Ele pode ser considerado uma herança das mudanças em curso desde o final dos anos 1970, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu as medicinas complementares e alternativas (MCAs)⁵ como efetivas na assistência à saúde de populações pobres do mundo, e está vinculado à ideia de crise da medicina ocidental moderna (MOM) (Iorio, 2007) e ascensão das MCAs como a ayurveda e a chamada medicina tradicional chinesa (MTC), além da homeopatia, de matriz ocidental, entre outras consideradas do saber popular (Luz, 1996a; Luz, 1996b; Camargo Jr., 1993; Luz, 1993a; Luz, 1993b; Luz, 1993c; Marques, 1993).

O uso corriqueiro da expressão medicina tradicional chinesa (MTC) constitui uma armadilha comum aos estudos na área de saúde relacionada às MCAs. Cunhada no ocidente, no final do século 19 (Barnes, 2007; Bossy, 1982) e introduzida na assistência à saúde da China pela República Popular da China no sentido da MCC revitalizada, a partir de meados do século 20 (Silva, 1999; Horn, 1979), a expressão não condiz com a dinâmica da MCC desde a origem até a atualidade. Também não condiz com o que se pratica no Brasil, desde meados do século 20, quando houve expansão da acupuntura mais do que o conjunto da medicina chinesa. Técnicas de agulhamento foram escolhidas como opção terapêutica em detrimento de outras, e os motivos para isso podem ter sido diversos, indo desde o aprendizado difundido pelo viés da acupuntura francesa entre os praticantes não-orientais, a dificuldade de importação de ervas medicinais exóticas, até uma relação de passividade que a terapêutica permite (Moraes, 2007), delegando a responsabilidade do tratamento quase exclusivamente ao profissional.

Para evitar equívocos, este estudo empregará o termo acupuntura ao se referir à terapêutica da medicina chinesa hegemônica no Brasil, evitando o uso do termo MTC. Quando for necessária a referência ao núcleo conceitual da medicina chinesa, será empregada a expressão medicina chinesa clássica (MCC).

Como consideram alguns autores (Camargo Jr., 1993; Palmeira, 1990), estaria a MOM em crise e, com ela, o núcleo conceitual que a sustenta? No caso da acupuntura, três exemplos colocam em questão a aparente crise da MOM. Como

⁵ Dillard e Knapp definem as MCAs como todos os sistemas terapêuticos que não fazem parte do sistema médico dominante ou convencional. In: Dillard JN, Knapp S. Complementary and Alternative Pain Therapy in the Emergency Department. Emergency Medicine Clinics of North America. 2005;23:429-49.

primeiro exemplo, o proprietário de uma escola de acupuntura considerada *verdadeira e tradicional* na cidade de São Paulo formou seu filho médico, segundo o núcleo conceitual da MOM (Moraes, 2007); segundo, o proprietário e administrador de uma escola considerada holística, que ensina acupuntura para não-médicos é um médico formado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e catedrático aposentado pela mesma universidade (Moraes, 2007), e terceiro, uma escola local orientada pelo aprendizado de um acupunturista latino-americano é legitimada por sua esposa, que é médica formada pela MOM.

Para pensar na possível crise da MOM, seria necessário identificar seus elementos constitutivos e verificar qual aspecto está em declínio. Aparentemente, a excessiva especialização na formação médica (Sánchez, 2003) e a dependência de exames complementares na elaboração de diagnósticos – o que tem sido considerado como medicina desumanizada –, além da chance de uso indiscriminado de fármacos e de iatrogenia⁶ estariam no centro do problema. Tais aspectos convergem para a relação terapêutica (Martins e Nunes, 2009; Cyrino e Schraiber, 2009) e podem ter como pano de fundo interesses econômicos e corporativos multiprofissionais. Na atualidade, é delicado para a prática médica, por exemplo, um profissional avançar sobre uma área para a qual não teve especialização pós-graduada ou escolher um diagnóstico sem uso de tecnologia, sob pena de sofrer sanção informal de colegas ou mesmo judicial. Trata-se de problemas políticos mais do que técnicos. Da mesma forma, os custos de um tratamento de saúde tendem cada vez mais a ser fonte de preocupação entre médicos (Cyrino e Schraiber, 2009), pacientes e os sistemas público e privado de assistência à saúde (Elias, 2009).

A propósito do núcleo conceitual da MOM, é importante considerar que ele tem sido vinculado à chamada medicina baseada em evidências (BEM) (Martins e Nunes, 2009; Duncan e Schmidt, 2006), a qual privilegia formalmente o uso de terapêuticas cuja eficácia tenha sido comprovada por meio de desenhos de estudos científicos (Benseñor et al., 2009). É considerado que as evidências ajudam a “[...] decidir se um tratamento bem-intencionado é realmente efetivo” (Fletcher e Fletcher,

⁶ Deve-se estar atento para o fato de que a acupuntura também apresenta chance de iatrogenia. In: Cricenti SV, Yamamura Y, Matsumoto JT, Juliano Y, Esper RS. Pneumotórax iatrogênico por inserção de agulha de acupuntura no triângulo da ausculta. Revista Paulista de Acupuntura. 1996;2(1):40-3.

2008, p.154), na medida em que permite confirmar ou refutar hipóteses terapêuticas em benefício dos pacientes.

Ensaio clínico randomizado “[...] são o padrão de excelência para estudos científicos sobre o efeito do tratamento” (Fletcher e Fletcher, 2008, p.157). No entanto, assim como acontece nos estudos qualitativos (Ollaik e Ziller, 2012; Martins, 2004), esses estudos costumam apresentar alta validade interna, ou seja, “[...] menos oportunidade para diferenças no desfecho que não estejam relacionadas ao próprio tratamento. Mas exclusões ocasionam redução da capacidade de generalização dos achados” (Fletcher e Fletcher, 2008, p.159).

Gianini (2010) alertou para a necessidade de cautela diante dos estudos científicos na área de saúde, bem como na interpretação de seus resultados, observando a distinção entre eficácia e efetividade, e a necessidade do uso de conhecimento acumulado e observações pessoais (Atta, 2009; Atta e Martins, 2009; Martins e Nunes, 2009), também chamados de *expertise* individual (Benseñor et al., 2009) na utilização desses estudos como parâmetro para a prática clínica. Também Schafranski (2011) discutiu esse modelo hegemônico de atualização de conhecimentos sobre saúde e doença. E mais, citou estudo realizado em meados dos anos 1990 (Bunker et al., 1994) por pesquisadores da *Harvard University* e *King's College* de Londres, o qual atribuía o aumento da expectativa de vida das populações à melhoria nas condições de trabalho e trânsito, além melhorias no saneamento básico, habitação e alimentação, sendo que a medicina pouco teria contribuído para isso. Mais grave, sua pequena contribuição poderia estar comprometida pelo excesso de tratamentos duvidosos e dispendiosos, além da chance de iatrogenia. Schafranski também menciona a camisa de força a que são submetidos os médicos devido à padronização de procedimentos terapêuticos, os quais rivalizam com a ocorrência de aleatoriedade em certas manifestações de doenças e ausência de precisão absoluta dos exames complementares. Uma das conclusões a que o autor chega reafirma o proposto por Gianini (2010), ou seja, a despeito do avanço científico na área, a medicina bem praticada é aquela em que o profissional

conta com um adequado conhecimento implícito, isto é, que desenvolve “atalhos cerebrais” (heurística) derivados do reconhecimento de padrões (o que só se adquire com muita leitura e prática bem orientada), associados à correta interpretação e utilização da [medicina baseada em evidências] MBE. O “bom” médico possui, ainda, uma notória capacidade de se colocar na posição do paciente (empatia), de conhecê-lo profundamente em suas preferências, preocupações e expectativas, e consegue dispensar a ele um tratamento digno como ser humano (Schafranski, 2011, p. 196).

Se as bases da MOM se encontram na relação terapêutica, nos custos do tratamento e no uso de conhecimento acumulado do profissional mais avaliação criteriosa de estudos científicos, considera-se que seu eixo seja a formação médica. Nesse caso, considera-se que a MOM não esteja em crise. Ela segue hegemônica, ditando normas e procedimentos. No entanto, é cara (Knauth e Oliveira, 2006) porque agrega os custos da tecnologia mais os da formação profissional, e, pelo menos no Brasil, não é para todos (Elias, 2009; Teixeira, 2009; Gianini e Traynor, 2006).

No final dos anos 1970, McKnight (1978, p.86) chamava atenção para o crescimento excessivo dos gastos com saúde nos EUA desde o pós-guerra, e dizia que “esse dilema poderia ser legitimamente chamado de crise”. O autor propunha a necessidade de planejamento no sentido de limitar os custos do sistema de saúde naquele país. Mahler (1978) seguia nessa linha e fazia a crítica da formação médica ortodoxa no ocidente. Quer dizer, a chamada crise da MOM pode estar mais relacionada a como gastar e com quem gastar, do que à qualidade do serviço oferecido ou o núcleo conceitual que a orienta. Também parece relacionada ao processo de transição demográfica e epidemiológica que afetam as condições de saúde de diferentes populações. A emergência de doenças crônicas não transmissíveis é um aspecto importante desse processo (Alves, 2007).

A MOM apresenta ainda alguma confusão em torno das fronteiras entre pesquisa científica, prática clínica e formação médica (Cyrino e Schraiber, 2009). Essa confusão se revela na indistinção entre eficácia e efetividade de tratamentos e assistência à saúde, mas também nos constrangimentos que envolvem a formação e a profissão médica (Mahler, 1978), em algumas situações consideradas limitadoras, como ambiente de trabalho impróprio, remuneração insuficiente (Saadeh, 2009) e

imposições do sistema de saúde ou sociais. Por exemplo, um médico sente-se confortável em não prescrever exame de próstata para um homem de meia idade (Schafranski, 2011), ou outro exame de rastreamento (Eluf Neto, 2009), apesar de suas possíveis limitações?

Também é possível que a MOM esteja passando por um novo um processo de estabilização que lhe permita, a partir de um lugar confortável, aceitar a contribuição de outros conhecimentos, ainda que estes devam passar pelo crivo do seu modelo – protocolos de pesquisa científica. No entanto, o acesso a todos os seus benefícios é restrito a poucos (Elias, 2009; Viana et al., 2009), e não é universal. Daí valorizar a utilização de terapêuticas de baixo custo material – quando considerado esse aspecto distinto de seu valor imaterial/conhecimento acumulado – nos casos em que apresentem benefício terapêutico, independentemente da situação socioeconômica do paciente, sendo uma delas a acupuntura (Silva, 1999).

O propósito deste estudo é oferecer uma contribuição para o debate em torno dessas ideias por meio da descrição do estabelecimento da acupuntura na cidade de São Paulo, em um ambiente considerado refratário a núcleos conceituais não-ocidentais: a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Para tanto, parte de algumas premissas.

Primeira premissa – a proposta deste estudo segue no sentido de verificar redes de conexão entre ciência e política, natureza e sociedade (Latour, 1994) na construção das teorias e práticas de assistência à saúde em acupuntura no HC-FMUSP, na transição do século XX para o século XXI;

Segunda premissa – considera-se que o movimento contracultural contribuiu para a instalação da acupuntura na cidade em ambientes exclusivistas e excludentes, criando uma comunidade à parte, elitizada, que caminhou paralelamente ao processo de democratização do acesso a MCAs, dentre elas a acupuntura. É possível que a imigração japonesa⁷ tenha contribuído mais para isso, bem como as academias de

⁷ Pelas imagens dos mapas 1 a 5, apresentados no documento *ANEXO 03. Monitoramento da Inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. é possível identificar áreas de maior presença da acupuntura onde existe maior concentração de imigração japonesa. In: Rodrigues AG, Pereira AM, Simoni CD, Trajano MA, Santos MG, Moraes P, Campos TP. Relatório de Gestão 2006/2010. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

artes marciais (Koh, 1981) instaladas na cidade pelos anos 1970, semeando o conhecimento e a prática de acupuntura de maneira discreta, a ponto de estabelecer uma clientela e profissionais que sequer conheciam o movimento contracultural. Daí São Paulo se tornar o eixo hegemônico de prática de acupuntura no país, contando com maior número de praticantes – médicos ou não – e pacientes (Broitman, 2011; Brasil, 2010);

Terceira premissa – rejeita-se a ideia de que a MOM esteja passando por um processo de crise em sua posição de hegemonia; senão que tenha se revelado não universal (Teixeira, 2009), tendo como consequência a necessidade de revalorizar terapêuticas que utilizem as chamadas tecnologias leves (Ferri et al., 2007) e de baixo custo material por órgãos internacionais. É o caso da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em 1979, reconheceu seu valor e estimulou práticas de assistência à saúde chamadas tradicionais em países com grande população de pobres. Concomitantemente, a convivência entre a medicina hegemônica e práticas de assistência à saúde não-convencionais é real e oferece benefício terapêutico (Yoshizumi, 2010; Silva, 1999), devendo ser objeto de interesse dos profissionais de saúde, no sentido de reconhecer sua existência e conhecê-las para otimizar a relação com os pacientes, em benefício do programa terapêutico.

Uma visão panorâmica da acupuntura na cidade de São Paulo permite identificar uma extensa rede de atendimento formal e informal na área, com oferta de formação tanto nas principais universidades públicas, HC-FMUSP e Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), quanto em escolas de nível médio, apesar de o Conselho Estadual de Educação ter indicado (<http://www.ceesp.sp.gov.br/>) que esses cursos não fossem oferecidos (existe um mecanismo para burlar isso, qual seja, o estabelecimento em São Paulo de filiais de escolas de outros estados da federação onde a formação técnica em acupuntura não é obstaculizada, com emissão de certificados a partir da escola sede). Também é importante reiterar: o que se ensina e pratica não é MCC, que envolve gama mais complexa de terapêuticas (como ervas medicinais, massagens, dietas alimentares,

práticas corporais e exercícios respiratórios). Prevalece o uso da técnica da acupuntura – com ou sem uso de moxa⁸. A explicação para esse fenômeno pode ser variada, indo desde a restrição de uso de ervas medicinais exóticas imposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), passando pelo estado de passividade do paciente durante o processo terapêutico, até a predileção pela acupuntura no ocidente no século 18, quando foi associada a práticas cirúrgicas (Barnes, 2007).

Portanto, deve ser esclarecido: ainda que o título deste estudo faça menção à MTC, ele abordará a acupuntura médica. Além disso, restringirá a análise de seus resultados ao processo de inserção dessa estratégia terapêutica no HC-FMUSP entre 1989 e 2010, o que não consiste em problema. Ao contrário, as atividades de campo e a literatura consultada sobre o assunto indicaram que a acupuntura ensinada e praticada no HC-FMUSP se tornou o centro da atenção das demais escolas e linhas porque propõe romper com um antagonismo artificial entre MCC e MOM construído a partir da segunda metade do século 20. Talvez não seja exagerado considerar que o que acontecer à acupuntura na FMUSP, poderá influenciar os rumos da acupuntura no Brasil. Entre outros motivos, devido ao fato de seus líderes terem uma participação política importante nas associações médicas de acupunturistas e contarem com outras alianças. Além disso, foi verificada conexão entre esse ambiente (HC-FMUSP) e a prática da acupuntura em outros também expressivos, seja pela circulação de profissionais entre os diferentes ambientes; seja pela participação de todos esses profissionais na associação que os representa frente ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e à Associação Médica Brasileira (AMB); seja ainda pela legitimação que a acupuntura científica oferece à terapêutica frente a aliados como a medicina de grupo. Inevitavelmente, essas informações conduzirão ao debate a propósito de ideias pré-concebidas (Moraes, 2007) sobre a acupuntura pensada e praticada nesse ambiente acadêmico.

⁸ A explicação geral para isso é de que a moxa exige um sistema de circulação de ar e exaustão inexistente na maior parte dos ambientes de assistência à saúde em acupuntura.

1.1 Produção científica e acupuntura

Conforme mencionado anteriormente, o interesse da MOM pela acupuntura data de aproximadamente o século 18 (Baldry, 2005; Kaplan, 1997; Bossi, 1982). Desde então, experiências e estudos sobre o assunto acompanham o desenvolvimento de práticas científicas e assistenciais na área, seja entre elites intelectuais, políticas e econômicas, seja como espetáculo. A dificuldade de elaboração de uma teoria ocidental que explicasse os mecanismos de funcionamento da terapêutica (Baldry, 2005; Palmeira, 1990) fez com que ela carecesse de legitimidade frente à medicina hegemônica, chamada de científica, e não fosse ensinada formalmente em ambientes acadêmicos entre a segunda metade do século 19 e primeira metade do século 20 (Barnes, 2007; Lutaif, 2005), embora sempre se tenha realizado pesquisa na área (Kleinman et al., 1975). A consequência disso foi a disseminação de preconceito e desqualificação da terapêutica entre os médicos ocidentais, apesar de seus benefícios terapêuticos na assistência à saúde⁹.

Esse quadro começou a ser revertido durante os anos 1970, devido a uma conjuntura política e econômica favorável. Em primeiro lugar, a distensão do isolamento a que a China fora imposta até 1972¹⁰, porque adotara, desde 1949, o regime político comunista (na verdade, apenas 22 anos, tempo desprezível frente à extensão da história da civilização chinesa e de seu contato com o ocidente); em segundo lugar, o reconhecimento indireto das nações ocidentais hegemônicas de que a medicina baseada em tecnologia não era universal, expressa pelo reconhecimento da Organização Mundial das medicinas tradicionais e estímulo de sua prática os países com aglomeração de população pobre em 1979.

Atualmente, a acupuntura conta com um volume de estudos científicos considerável (17.378 artigos publicados até janeiro de 2012, considerando-se apenas o principal portal de pesquisa científica em medicina, *US National Library of*

⁹ Segundo Pasternak, “[...] A ausência de evidência não é igual à evidência de ausência de efeito. In: Era uma vez a Medicina tradicional chinesa, a acupuntura, o placebo e o cientista. *einstein: Educação Continuada em Saúde*. 2008;6(3 Pt2):124.

¹⁰ A data marca o encontro dos presidentes Richard Nixon (norte-americano) e Mao Zedong (chinês), em território chinês, durante o período da história ocidental conhecido como Guerra Fria. In: Baldry P. The integration of acupuncture within medicine in the UK – the British Medical Acupuncture Society’s 25th Anniversary. *Acupuncture in Medicine*. 2005;23(1):2-12.

Embora o objetivo central do encontro fosse geopolítico, esse evento contribuiu para o crescimento do interesse pela acupuntura entre médicos ocidentais.

Medicine/Ntional Institutes of Health, PubMed), já dispondo de normalização para publicação de trabalhos científicos desde 2001, os *Standars for Reporting Interventions in Clinical Trials Acupuncture* (STRICTA) (Hammerschlag et al., 2011; MacPherson et al., 2010, 2002, 2001; Prady et al., 2008) e legitimação relativa pelo núcleo conceitual da MOM (Pasternak, 2008; Saad, 2008; Lin et al., 2008; Zhang et al., 2008). Também já começa a contar com reflexão sobre aspectos da conduta médica no exercício da terapêutica (Chao, 2011) e literatura considerável sobre a história da medicina chinesa em geral (Zhu, 2004).

No caso da FMUSP, o volume de estudos nessa área de conhecimento ainda pode ser considerado modesto (três teses de doutorado com inclusão do termo acupuntura no título¹¹), em comparação com as demais áreas de conhecimento em saúde. No entanto, vem crescendo o interesse pelo tema, particularmente após 1995, quando a estratégia terapêutica foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como especialidade médica (Iorio et al., 2010).

1.2 Literatura sobre o estabelecimento da acupuntura na cidade de São Paulo e no ambiente acadêmico dessa cidade

Se a investigação científica sobre a eficácia da terapêutica em acupuntura vem crescendo de maneira exponencial, o mesmo não pode ser considerado em relação às bases históricas de seu estabelecimento na cidade de São Paulo. Há um artigo científico que analisa o processo por meio das informações veiculadas na grande mídia impressa, nos anos 1970, 1980 e 1990 (Nascimento, 1998), e alguns artigos e trabalhos acadêmicos sobre a penetração da acupuntura entre a população em geral, entre médicos, entre estudantes de medicina, em ambiente laboral e em outras áreas da saúde (Yoshizumi, 2010; Kulkamp et al., 2007; Teixeira et al., 2005; Iorio, 2004; Trovó et al., 2003; Trovó e Silva, 2002; Silva, 1999; Medeiros, 1997).

Três trabalhos foram considerados mais representativos na presente investigação sobre o tema. Dois deles são dissertação de mestrado e tese de

¹¹ Luca ACB. Medicina tradicional chinesa: acupuntura e tratamento da síndrome climatéria. [Doutorado] São Paulo: FMUSP, 2008; Araujo CAT. Tratamento da dor na fibromialgia com acupuntura. [Doutorado] São Paulo: FMUSP, 2007; Wu TC. Estudo prospectivo do valor da acupuntura no controle da náusea e vômitos em pacientes de câncer de mama submetidas à quimioterapia adjuvante. [Doutorado] São Paulo: FMUSP, 2007.

doutorado de um mesmo investigador, Dr. Kazusei Akiyama (1999, 2004), a primeira defendida na UNIFESP, a segunda na FMUSP, coincidentemente, duas das principais escolas oficiais e correntes de acupuntura médica na cidade de São Paulo e no Brasil, que divergem filosófica e ideologicamente, mas são aliadas políticas naquilo que concerne à reivindicação da acupuntura como ato médico.

O primeiro trabalho de Akiyama (1999) é dedicado ao conhecimento do perfil do paciente de acupuntura no ambulatório de acupuntura do Hospital São Paulo, da Faculdade de Medicina da UNIFESP. O autor utiliza a expressão ‘não-convencional’ para a chamada medicina complementar ou alternativa (MCA) na qual a acupuntura é categorizada, e ‘convencional’ para a MOM, hegemônica. O presente estudo adota essa classificação: MCA e MOM.

No primeiro trabalho, Akiyama chama atenção para alguns aspectos do uso das MCAs pela população, ainda não resolvidos:

1. “[...] quer goste o médico convencional ou não da medicina não-convencional, o público leigo a utiliza (Akiyama, 1999, p.3). [...] é preciso dar ao médico um mínimo de informação sobre o assunto, uma vez que ele fatalmente vai se deparar com ela na prática clínica” (Idem, p.68)
2. “[...] quem é responsável pelo tratamento médico como um todo [convencional e não-convencional]? [...] é ético encaminhar o paciente a um tratamento não regulamentado?” (Idem, p.4)
3. “como seria feito o gerenciamento do tratamento quando há uso de medicina não-convencional concomitante?” (Idem, p.4)

O primeiro item explicita que existe demanda para acupuntura, para além das elites intelectuais e econômicas, e, se existe demanda, é importante pensar em sua inclusão na formação médica. O segundo item aborda um achado central deste estudo, qual seja o de que a acupuntura é terra de ninguém (ou de todos), por falta de regulamentação. No entanto, o médico é responsabilizado pelo tratamento de saúde, o que justifica parte de seu conservadorismo em relação a essa e outras MCAs. O terceiro item aborda justamente a necessidade de regulamentação das MCAs.

Os resultados da investigação realizada por Akiyama (1999) apontam para um público majoritariamente feminino, na faixa etária média dos 50 anos, branca e praticante de alguma religião. As profissões são variadas, bem como o nível de escolaridade, com predomínio de pessoas com até segundo grau (atual ensino médio) incompleto. Pouco mais da metade desses pacientes foi classificada como

pertencente às classes C e D, segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil. As principais queixas apresentadas pelos pacientes relacionam-se ao sistema musculoesquelético (quase 2/3), além de 11,3% de queixas relacionadas a transtornos mentais, e 8,5% de ‘doenças do sistema nervoso’. Esses indivíduos estavam enfermos entre 6 meses a cinco anos, indicando cronicidade de sinais e sintomas. A maior parte deles apresentava comorbidades. A maioria já havia sido tratada antes uma ou duas vezes, sendo esse tratamento medicamentoso, cirúrgico ou de reabilitação, ou ainda estava em tratamento convencional. Predominaram atendimentos realizados pela rede pública ou convênios de saúde. Esses pacientes demonstraram insatisfação com o tratamento convencional a que foram submetidos¹². A maior parte deles tinha expectativa de benefício terapêutico com o tratamento de acupuntura. Eles foram submetidos a uma média de 24 sessões de acupuntura. Parte deles foi encaminhada ao serviço por médicos e seu conhecimento sobre o assunto foi predominantemente obtido por conhecidos (amigos, parentes, vizinhos). Três quartos deles já haviam feito tratamento de saúde em MCAs, sendo o principal deles a acupuntura.

Estudo realizado pelo Grupo Multidisciplinar de Dor do HC-FMUSP aponta para resultados semelhantes sobre o perfil de seus pacientes (Ferreira et al., 2008). O mesmo perfil de pacientes foi identificado na literatura consultada sobre o tema (Broitman, 2011; Yoshizumi, 2010; Akiyama, 1999; Medeiros, 1997), e durante as atividades de campo do presente estudo e nos depoimentos dos médicos entrevistados.

Deve-se estar atento para o fato de o estudo de Akiyama (1999) ter-se realizado em ambulatório de acupuntura instalado em instituição de nível terciário do sistema de saúde. O mesmo é verificado em relação ao HC-FMUSP. Esse é um aspecto bastante interessante do estabelecimento da acupuntura na cidade de São Paulo. Inicialmente restrita ao sistema de saúde privado, a acupuntura entrou no sistema público pelos hospitais universitários, sendo lenta e quase informalmente introduzida nos demais níveis de assistência à saúde (Iorio, 2004).

Embora a primeira normalização da prática de acupuntura no sistema público de saúde tenha acontecido em 1988, pelas Resoluções Interministeriais da Comissão

¹² Essa informação deve ser tomada com cautela, considerando que o paciente de acupuntura é, geralmente, aquele que tem um histórico de insucessos no atendimento convencional.

Interministerial de Planejamento (CIPLAN) (Soares, 2000; Silva, 1999) e quase vinte anos depois o Ministério da Saúde tenha lançado a Portaria nº 971 (Brasil, 2006), instituindo as MCAs no sistema público de saúde, ainda é discreta a participação da acupuntura na atenção primária e no nível de média complexidade na cidade de São Paulo. Isso pode estar relacionado ao fato de ainda ser mais valorizado o nível terciário em saúde, em detrimento dos demais (Silva Junior e Alves, 2007).

O segundo estudo de Akiyama (2004) visa a identificar atitudes e experiências de médicos em relação às MCAs no município de São Paulo. Esses profissionais se caracterizam por ser de meia idade (média de 45,9 anos), experiência de 16 ou mais anos de prática médica, com predominância de homens, diferentes especialidades, sendo a mais prevalente a clínica (36,9%), com atuação profissional nos serviços público e privado (como profissional liberal). Esse perfil é semelhante ao dos médicos entrevistados durante a realização das atividades de campo do presente estudo.

Akiyama chama atenção para o estado de confusão nessa área, em que as MCAs são chamadas de alternativas, complementares, naturais, não-ortodoxas, entre outras denominações, sem definição clara; sem delimitação clara de quem ensina, de quem pratica e de quem usa; sem regulamentação; sem consenso quanto a resultados; sem padronização nem metodologia definida; com distribuição não uniforme, e acesso não democratizado nem universal. O autor identifica dois grandes grupos de estudos sobre o tema, sendo o primeiro centrado na eficácia terapêutica e mecanismos de funcionamento da acupuntura, e o segundo buscando entender as motivações que levam à sua prática e uso. Reafirma a difusão do uso da acupuntura entre a população, geralmente em decorrência de “[...] demandas não resolvidas pela medicina convencional” (Akiyama, 2004, p.7).

Seus resultados apontam para o reconhecimento por parte dos médicos por ele entrevistados de que existe uma demanda por MCAs na assistência à saúde. Grande parte desses profissionais considera que essas terapêuticas apresentam benefício terapêutico, sendo que um quarto deles referiu ter treinamento em uma ou mais dessas estratégias (particularmente as profissionais mulheres). Pouco mais da metade deles indica ou prescreve o uso de MCAs, sendo a acupuntura e a homeopatia as mais conhecidas e indicadas. Apesar disso, parte considerável deles não pergunta

a seus pacientes sobre uso de MCAs na anamnese. No entanto, a maior parte dos profissionais investigados por Akiyama referiu não ter conhecimento ou ter pouco conhecimento das MCAs, e pouco mais da metade considerou importante esse conhecimento fazer parte da formação médica.

Embora com opiniões pouco consensuais a respeito das condições em que essas terapêuticas devam ser usadas, apenas um quarto deles considerou que elas devam ser combatidas pelos médicos, o que indica quebra de preconceito e alguma legitimidade das mesmas. Também a maior parte dos médicos investigados considerou que esses tratamentos são úteis para o paciente, melhoram sua qualidade de vida e melhoram o arsenal terapêutico do médico. Os médicos pesquisados por Akiyama se ressentiam da falta de regulamentação dessas práticas e almejavam uma sustentação de seu uso por meio de comprovação científica.

O estudo de Akiyama é importante para construir o cenário em que se dá o estabelecimento da acupuntura científica no HC-FMUSP e as redes sociotécnicas que ele mobiliza.

Akiyama considera as MCAs tema polêmico e indica a existência de um ‘interesse cauteloso’ por elas entre os médicos por ele investigados, os quais consideram importante ter conhecimento sobre essas práticas “[...] para poder melhorar a comunicação com o seu paciente” (Akiyama, 2004, p.70). Em suma, o autor faz um alerta:

[...] antes de se discutir amplamente dentro das instituições médicas quais modalidades serviriam para esse intuito, e como suportariam uma clarificação admissível para a classe médica, a sociedade leiga vem mostrando uma aceitação mais liberal do uso da MCA. Tal aceitação não foi resultado da uma ação direta, concreta dos médicos. Nesse sentido, seria razoável pensar que o médico sente-se em situação embaraçosa, principalmente aqueles que têm contato direto com pacientes, pois a despeito de ser o profissional legalmente habilitado e socialmente aceito para cuidar da saúde das pessoas, geralmente tem somente “alguma” ou “pouca” familiaridade com a MCA. Ele não teria condições de indicar, ao menos, se a MCA usada pelo paciente oferece riscos ou benefícios para sua saúde.

Desse modo, entendemos ser de suma importância proporcionar educação médica sobre a MCA, para dar condições ao médico de lidar com a situação verificada neste estudo. Essa educação não quer dizer necessariamente treinamento, mas sim oferecer conhecimento. Com isso, e somente com a educação, o profissional poderá se posicionar, ter e dar opinião sobre o assunto

que causa impacto na saúde do paciente [...]” (Akiyama, 2004, p.73).

O terceiro trabalho considerado representativo (Moraes, 2007) desenha um panorama do estabelecimento da acupuntura no ocidente e no Brasil, no âmbito das ciências da religião. Ele ilustra a confusão descrita por Akiyama. Esse, portanto, deverá constituir o trabalho com que o presente estudo estabelecerá um diálogo inicial, pois permite identificar características de tal confusão.

Nos aspectos mais gerais, o estudo realizado por Moraes (2007) sofre das mesmas limitações do presente estudo. Restringe suas investigações empíricas à realidade de São Paulo, embora aborde ligeiramente o Rio de Janeiro e Pernambuco. É bem verdade que a acupuntura tem no Recife, Rio de Janeiro e São Paulo seus principais ícones e eixos difusores de conhecimento e prática. Do Rio de Janeiro veio Frederich Johan Spaet, fisioterapeuta luxemburguense, formador das primeiras gerações de acupunturistas não orientais e multiprofissionais (com formação básica em todas as áreas de conhecimento, não apenas da saúde); em Pernambuco se encontra uma das escolas mais fortes do país e, em São Paulo, encontram-se as principais escolas médicas e não-médicas nacionais. É natural que um estudo dessa natureza concentre suas investigações em São Paulo e, particularmente, na capital. É possível que as semelhanças entre os dois trabalhos se encerrem aí.

Já na apresentação de seu estudo, Moraes considera que a acupuntura é uma reinvenção ocidental da arte chinesa de inserir agulhas¹³. Na sequência, considera uma secularização e redução da acupuntura a técnica terapêutica auxiliar da MOM, como instrumento de combate à dor, por meio de sua reinvenção como acupuntura científica ou médica, após ter tido “[...] um importante papel no conjunto das chamadas *medicinas alternativas*” (Moraes, 2007, p.13). Com base em estudos europeus e brasileiros, a autora considera a tradição chinesa como oral, “e contada de outra forma, por isso as datas não são precisas e varia conforme os autores” (Moraes, 2007, p. 15). Assim como outros autores ocidentais, esse trabalho considera daoístas as teorias do yin-yang e dos cinco poderes, além de relacionar o ritual (*li*)

¹³ Ao que deveria ser acrescentado que, também na China, essa estratégia terapêutica foi “reinventada”, ou melhor, sofreu adaptações ao longo do tempo. Daí a necessidade de, pelo menos duas grandes estabilizações, uma durante a dinastia Song [960-1279] e outra durante a dinastia Ming [1368-1644].

confucionista como busca da *ordem*¹⁴ no mundo concreto, e prevenção da desordem futura. Também como outros trabalhos (Souza e Luz, 2011), a autora considera o núcleo conceitual da MCC irreduzível ao da MOM, em conformidade com a linha mais mística e esotérica que se desenvolveu no ocidente na segunda metade do século XX.

No trabalho em pauta, os médicos que reivindicam o monopólio da prática da acupuntura por meio de inserção de agulhas são identificados como corporação médica, ao passo que os não-médicos e médicos não exclusivistas são referidos por meio de termos como instituições ou sindicatos. A chamada corporação médica teria realizado uma apropriação da acupuntura e a transformado em ferramenta terapêutica auxiliar da MOM.

Finalmente, a medicina tradicional chinesa (MTC) é considerada preventiva, e a revalorização das MCAs nas últimas décadas do século 20 seria atribuída ao movimento contracultural.

Será necessário considerar um problema de origem nesse e em outros estudos sobre a(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no ocidente (e no Brasil). O uso da acupuntura como ferramenta terapêutica entre os praticantes da MOM não deveria causar surpresa ou constrangimento. Ele está relacionado às primeiras ondas de instalação da acupuntura no ocidente e sua adaptação à MOM (Bossy, 1982). Na China, a acupuntura também é uma estratégia terapêutica da MCC, e não é a principal. A importância dada à acupuntura no ocidente, em geral, e no Brasil, em particular, deve ser realmente considerada uma reinvenção da MCC, tanto entre os praticantes das acupunturas tradicionais praticadas no Brasil quanto entre os praticantes da acupuntura baseada em evidências. Nesse caso, o que se ensina e pratica no Brasil tem se caracterizado quase como uma transformação de parte da MCC em uma nova área de conhecimento.

Outro aspecto delicado a considerar é que o estudo de Moraes não conta com literatura em língua original, ou seja, a menos de autores como Pai (2005) e Cherg (2000), que escrevem em português, nenhum autor chinês faz parte das referências.

¹⁴ Um conceito ocidental e positivista.

Isso significa que a interpretação realizada seguiu interpretações ocidentais sobre o tema, marcadas pelo viés de cada época e escola que a formulou¹⁵.

Embora já seja possível contar com literatura sobre a história da medicina chinesa, da acupuntura e da teoria que a orienta em idiomas ocidentais dominantes, o ideal seria ler no original como fazem os sinólogos, o que não acontece. O interesse pelo idioma chinês contemporâneo é recente e está associado mais às relações comerciais com aquele país do que à prática da acupuntura. Talvez esse seja o motivo porque tenham sido construídas tantas interpretações livres a propósito da MCC e da acupuntura. Um deles trata do caráter preventivo da acupuntura (Silva, 1999).

Deve-se levar em conta que qualquer núcleo conceitual relacionado à saúde pode e deve apresentar aspectos de prevenção: existe uma área de conhecimento da MOM chamada medicina preventiva, cujo objeto de estudo é justamente a prevenção em saúde. Ela dá o nome de prevenção primária aos cuidados de saúde que visam a promover a saúde e evitar a instalação de doenças – saneamento básico e vacinas, por exemplo –; de prevenção secundária às medidas de propiciar a melhor evolução clínica de doenças já instaladas, evitando-se sua propagação para outros indivíduos, e de prevenção terciária às medidas para minimizar os danos ou agravos de doença estruturada que já se instalou e adquire aspectos de cronicidade (Ayres, 2009)¹⁶.

No caso da acupuntura, o paciente paulistano, paulista (quem sabe, até o brasileiro) que busca esse tratamento não é virgem, ou seja, ele procura o serviço após uma série de insucessos na alopatia e, geralmente, para reduzir o consumo de fármacos (Broitman, 2011; Yoshizumi, 2010; Akiyama, 1999, Silva 1999)¹⁷. Essa também pode ser uma explicação para o fato de a acupuntura ter primeiro se instalado no nível terciário do sistema de saúde na cidade de São Paulo, inclusive.

¹⁵ São muitas escolas, dentre as quais – que exerceram maior influência no Brasil – podem ser citadas a chinesa, a francesa, a vietnamita, a alemã e a coreana.

¹⁶ Schmidt e Duncan falam ainda em prevenção primordial, antecedendo a prevenção primária. O aconselhamento para bons hábitos de saúde entre jovens é um exemplo de prevenção primordial. In: Schmidt MI, Duncan BB. Aplicando evidências em decisões clínicas: conceitos de epidemiologia clínica. In: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto alegre: Artmed, 2004. reimp. 2006. p.45-55.

¹⁷ Tu et al. relatam caso de paciente idosa norte-americana (87 anos) com osteoartrite e estenose espinhal que obteve benefício terapêutico com o uso de MCAs para alívio da dor e redução de polifarmácia, após histórico de insucessos com tratamentos convencionais. In: Tu B, Johnston M, Hui KK. Elderly patient refractory to multiple pain medications successfully with integrative East-West medicine. International Journal of General Medicine. 2008;1:3-6.

Outras ideias sobre a MCC e a MOM propostas por Moraes (2007):

1. As escolas tradicionais e chamadas de holísticas oferecem atendimento ambulatorial didático com “[...] atenção e cuidado com o paciente, que é tratado em sua singularidade, bem como a atuação pedagógica de orientar para hábitos saudáveis” (Moraes, 2007, p.213). “[...] esse atendimento é mais humanista do que o serviço público” (Moraes, 2007, p. 215);
2. “[...] a associação entre religiosidade e acupuntura é rejeitada, mas, no entanto, mantém-se de forma dissimulada” (Moraes, 2007, p.220).

Em relação a tais ideias e outros temas, este estudo se deparou com algumas surpresas nessa área de conhecimento ainda pouco explorada, sobre a qual prevalece grande confusão.

2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é descrever o processo de estabelecimento da acupuntura no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), a partir de 1989 até 2010.

Os objetivos secundários são seguir as estações desse estabelecimento, por meio da identificação do sistema circulatório das redes de conexão entre natureza e sociedade, ciência e política, segundo modelo latouriano de interpretação da realidade.

3 METODOLOGIA

3.1 Teoria Ator-rede

Este é um estudo de caso (Günther, 2006), orientado pela teoria ator-rede desenvolvida por Bruno Latour (1983, 1994, 1995, 2000, 2001, 2004a, 2004b, 2005, 2006), colegas (Callon, 1986; Castro, 2002; Latour & Woolgar, 1986, Law, 1986) e pesquisadores de diversas áreas do conhecimento (Branquinho, 2004; Corrêa, s/d; Ferreira, 2000; Fioravanti, 2010; Freire, 2006; Giumbelli, 2006; Kropf, 1997; Moraes, 2000, 2004, 2008; Murdoch, 1997; Neves, 2001; Pereira-Neto, 1997; Teixeira, 2001), na linha de pesquisa de estudos científicos.

O movimento iniciado por Bruno Latour e seus colegas, considera que grupos distintos de atores humanos e não-humanos, com interesses distintos, interagem e tecem redes de conexão, afetando uns aos outros, traduzindo e deslocando interesses em torno do conhecimento, e o próprio conhecimento (Freire, 2006). Esse método de estudo é pautado pelas noções de simetria, tradução, ator e rede.

Por simetria, entende-se “[...] reconhecer que os mesmos tipos de causas devem explicar tanto as crenças valorizadas como verdade quanto as crenças rechaçadas, uma vez que não há diferença essencial entre verdade e erro”, da mesma forma como “[...] não há de antemão o mundo das coisas em si de um lado e o mundo dos homens entre si de outro, pois natureza e sociedade são ambas efeitos de redes heterogêneas” (Freire, 2006, página 49).

Por tradução, Latour (2000 apud Freire, 2006, p. 51) considera um processo coletivo de construção de fatos, cujo objeto vai sendo transmitido de um ator para outro,

[...] com a diferença de que na prática científica a afirmação vai se constituindo e se transformando à medida que passa de mão em mão. [...] Assim, o *status* de uma afirmação depende sempre das afirmações ulteriores, do que se faz depois com ela, ou seja, se ela é tornada mais fato ou ficção.

[E] [...] a tarefa dos cientistas de transformar uma alegação em um fato científico torna-se ainda mais complexa, dependendo da [...]

“interpretação dada pelos construtores de fatos aos seus interesses e aos das pessoas que eles alistam”.

Ator, por esse método, é “tudo que age, deixa traço, produz efeito no mundo, podendo se referir a pessoas, instituições, coisas, animais, objetos, máquinas etc” (Freire, 2006, p. 56), humanos ou não-humanos.

Rede é aquilo que confere verdade a um fato científico, e está relacionado a

[...] fluxos, circulações e alianças, nas quais os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes.

[...] um fato científico só existe se for sustentado por uma rede de atores [humanos e não-humanos] e, [...] assim, o cientista nunca remete à natureza em si, mas aos seus colegas e à rede que o constitui como tal. Nesse sentido, [...] em última instância, uma ciência não se universaliza, e sim [...] sua rede se estende em grandes proporções e se estabiliza (Freire, 2006, p.50).

Pela teoria ator-rede, “[...] o interesse do pesquisador consiste em seguir o trabalho de fabricação dos fatos” (Freire, 2006, p.49), fazendo uma descrição o mais detalhada possível, levando em conta a sua hibridização (natureza/sociedade, ciência/política).

Essa proposta metodológica leva em consideração a complexidade do tema em estudo (a acupuntura no HC-FMUSP), em especial pelo desafio que ele impõe: obras originais escritas em idioma quase desconhecido entre ocidentais; núcleo conceitual nem pré-moderno (pois conta com literatura estruturada), nem moderno (a terapêutica é híbrida – profissional + agulha –, realizada em ato, e se impôs como terapêutica a despeito da prova científica).

Na origem, este estudo visou a identificar as redes sociotécnicas envolvidas no estabelecimento da MCC na cidade de São Paulo, tomando como referência o *sistema circulatório dos fatos científicos* proposto por Bruno Latour em *O fluxo sanguíneo da ciência. Um exemplo da inteligência científica de Joliot* (Latour, 2001, p.97-132). Nesse estudo, o antropólogo francês descreve como o caminho da ciência é construído: é preciso contar com a **colaboração** dos atores não-humanos com os quais trabalha (processo particular de convencimento), a fim de construir **argumentos** que **convençam** atores humanos com os quais deverá **negociar um acordo** para viabilizar uma proposta. Nessa trajetória, “[...] nenhuma das partes [...] conseguirá chegar *exatamente* ao objetivo original. Há aí uma deriva, um

deslizamento, um deslocamento que, dependendo do caso, pode ser ínfimo ou gigantesco” (Latour, 2001, p.106).

Segundo o sistema circulatório latouriano, quatro estações interdependentes e interconectadas por vínculos e nós (núcleo conceitual) colocam em movimento a produção do fato científico: (1) mobilização do mundo – implica em todos os instrumentos, equipamentos, protocolos, expedições, levantamentos que caracterizam a vida de laboratório. “[...] Por meio dessa mobilização, o mundo se converte em argumentos” (Latour, 2001, p.120); (2) autonomização – relaciona-se a dados coletados, colegas mobilizados e institucionalização. “[...] É preciso haver organizações, recursos, estatutos e regulamentos para manter juntas as massas de colegas” (Latour, 2001, p.121); (3) alianças – implica em alistar (atrair) interesse externo para sua proposta, e (4) representação pública – diz respeito às pessoas comuns, aos repórteres e aos eruditos: é preciso que as pessoas confiem na ciência. Vínculos e nós, aos quais Latour atribui o simbolismo de coração palpitante da ciência, diz respeito ao **núcleo conceitual** que mantém todas as demais estações juntas, “[...] que robustece sua coesão, que *acelera sua circulação*” (Latour, 2001, p.126).

Finalmente, deve-se estar atento à ideia latouriana de que tudo acontece *entre* as estações e não em um de dois polos (natureza/sociedade, ciência/política).

Definido o plano metodológico, coube construir um plano de ação que permitisse descrever o estabelecimento da medicina tradicional chinesa na cidade de São Paulo, conforme a proposta original deste estudo. Esse plano consistiu de alguns procedimentos:

1. identificar os ambientes nos quais a MCC era abordada como “vida de laboratório” (mobilização do mundo, 1ª estação do sistema circulatório);
2. observar a institucionalização da MCC nesses ambientes (autonomização, 2ª estação do sistema circulatório);
3. reconhecer como se atrai interesses para essa proposta (alianças, 3ª estação do sistema circulatório);
4. verificar a legitimação social da MCC (representação pública, 4ª estação do sistema circulatório), e

5. acompanhar os vínculos e nós que alimentam todo o sistema circulatório (núcleo conceitual).

3.2 Procedimentos de campo

As atividades de campo contaram com quatro procedimentos de investigação, complementares e, em algumas situações, concomitantes: identificação dos ambientes para realização do estudo empírico, observação participante (Valladares, 2007; Martins, 2004), elaboração de roteiro de entrevistas e realização de entrevistas (Schraiber, 1995). O primeiro procedimento foi realizado entre os meses de outubro de 2009 e janeiro de 2010. O segundo teve início em fevereiro de 2010 e foi encerrado em dezembro do mesmo ano. O terceiro ocorreu no período de junho e julho de 2010, e o quarto teve início no segundo semestre de 2010 e se estendeu até o primeiro semestre de 2011.

3.2.1 Identificação dos ambientes para realização do estudo empírico

Esse procedimento foi exploratório e contou com fontes informais e midiáticas para sua realização. Teve início no final de 2009, com uma visita a profissional historicamente vinculado ao mercado de produtos relacionados à chamada MTC – literatura técnica, equipamentos – com extensa experiência, o qual indicou os principais atores humanos associados ao estabelecimento da MTC na cidade de São Paulo. Em seguida, mais três informantes da área da saúde fizeram suas sugestões (Figura 2).

O primeiro ator humano contatado foi o coordenador dos cursos de acupuntura do Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Solicitada autorização para acompanhamento das atividades ali desenvolvidas a partir do primeiro semestre de 2010, essa foi formalmente concedida. Durante as atividades junto ao IOTHC-FMUSP houve a possibilidade de acompanhar também as atividades de investigação científica do Grupo de Acupuntura do Grupo Multidisciplinar de Dor (GMD) do

Instituto Central (IC) do HC-FMUSP. Concedida autorização para o acompanhamento, esse foi estendido até dezembro de 2010.

O segundo profissional contatado foi o médico responsável pelo serviço de acupuntura de um Centro de Saúde Escola (CSE) do município de São Paulo. Esse profissional foi responsável pela introdução da MTC no sistema municipal de saúde, no início dos anos 2000. Também foi autorizado formalmente o acompanhamento das atividades realizadas no CSE. As demais entrevistas decorreram dessas primeiras.

Procurou-se estabelecer contato com outros atores e instituições que ofereciam atividades de ensino e assistência em MTC consideradas importantes para a história da MTC na cidade de São Paulo, administradas ou coordenadas por médicos acupunturistas (seis médicos, e quatro não médicos). No entanto, houve rejeição por parte desses atores, os quais alegaram três motivos para isso. O primeiro argumento foi de que a investigadora não era médica¹⁸; o segundo, de que a investigação estava sendo realizada por estudante da FMUSP, e terceiro, de que não havia interesse em participar do estudo. Quer dizer, ficou estabelecida a existência de atrito na área, conforme fora observado na obra de Moraes (2007). Também não houve sucesso em três tentativas de contato com quatro atores não-médicos por ausência de resposta.

Houve tentativa de contato com uma associação representativa dos fisioterapeutas, categoria profissional considerada congregar o maior número de acupunturistas no Brasil (não consta na Figura 2). Também houve rejeição e o argumento foi de que a investigação era realizada por estudante da FMUSP. Nova fonte de atrito, e assunto a ser investigado.

Uma terceira visita, desvinculada das informações iniciais, foi realizada a uma escola particular de naturopatia (Shankar et al., 20004), e resultou na autorização formal para acompanhar as atividades didáticas e ambulatoriais relacionadas à MTC desenvolvidas naquele ambiente.

¹⁸ Esse argumento não deve surpreender, pois não parece ser restrito a médicos acupunturistas. Schraiber (1995, p.67) comportamento semelhante entre outras especialidades médicas. Diz a autora: “Os médicos, em geral, não são concebidos e não se concebem exatamente na categoria de homens-comuns, mas como grupo muito especial de sujeitos sociais, cujo trabalho, além disso, funda-se na concepção do segredo profissional. Assim, [...] detêm a noção de que seus procedimentos, principalmente os da dimensão técnica, não devem ser do conhecimento público”.

Uma última entrevista (Entrevista 68, na Figura 2) foi realizada com profissional da área de saúde que, nos anos 1980 praticou as MCAs (Akiyama, 2004) com um grupo de profissionais vinculados ao movimento contracultural. Como é observado na Figura 2, nem esse profissional, nem aqueles por ele indicados foram citados por quaisquer dos demais, o mesmo acontecendo com o grupo da escola privada de naturopatia. Esse é um indício de que haja complexidade no processo de estabelecimento da acupuntura na cidade de São Paulo, com distintos grupos e diferentes trajetórias de difusão, tal como verificado em países europeus e nos EUA.

Esse primeiro procedimento permitiu verificar que, entre os médicos acupunturistas, duas instituições abordavam a acupuntura pelo modelo da medicina baseada em evidências (MOM+MCC): o Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e o Centro de Estudos Integrados Medicina Chinesa (CEIMEC), instituição particular voltada ao ensino e assistência em acupuntura, parceira do HC-FMUSP. E mais, verificar que essa característica era estigmatizada por adeptos da(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil como ilegítima.

Com essas informações preliminares, teve início o trabalho de campo, o qual consistiu em acompanhamento das redes de conexão desse sistema circulatório latouriano.

3.2.2 Observação participante

A observação participante é uma estratégia de pesquisa qualitativa considerada clássica, que permite ao investigador embrenhar-se nos meandros das redes de conexão em estudo. Geralmente, seu início é caracterizado pelo estranhamento dos atores humanos diante de alguém de fora do meio. Esse estranhamento vai, gradativamente, sendo rompido e dando lugar a relativa proximidade. Nesse segundo período, o investigador é convidado ou convocado a participar das atividades realizadas no ambiente; a prestar pequenos serviços; a frequentar reuniões de trabalho ou sociais do grupo, e a falar algo a respeito de seu trabalho. Essa estratégia não tem um momento específico de encerramento. A tomada de decisão nesse sentido ocorre quando se esgota o repertório de informações

a respeito do assunto investigado ou, como ocorreu no Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) do HC-FMUSP, é estabelecido formalmente.

No presente estudo, um conjunto de circunstâncias favoreceu a entrada em campo. A primeira delas foi que os atores inicialmente envolvidos demonstraram interesse em que a pesquisa fosse realizada em seus ambientes, e facilitaram a circulação por todos eles. A segunda foi que os demais atores envolvidos não manifestaram reação adversa a que a observação fosse realizada, recebendo a pesquisadora como parte de uma equipe de profissionais. Colaborou para isso o fato de todos os ambientes apresentarem perfil educacional – ambulatórios didáticos, CSE –, sendo comum o trânsito constante de estudantes ou estagiários neles.

A terceira circunstância favorável foi a disposição geográfica dos ambientes acompanhados, e o planejamento dos acompanhamentos. Embora a cidade de São Paulo tenha dimensões consideravelmente grandes, um sistema de transporte público eficiente permitiu o trânsito pelas diferentes instituições, nos dias e horários apropriados.

O acompanhamento das atividades seguiu uma agenda completa, com registro de informações em campo e posterior redação de diário de campo.

Em todos os ambientes terapêuticos acompanhados havia uma etiqueta a seguir: (1) usar avental, para evidenciar distinção da população assistida; (2) não interferir no atendimento; (3) respeitar a privacidade dos pacientes, e (4) não agulhar. Nos demais ambientes acompanhados, não havia exigências quanto ao traje ou ao comportamento. Foram acompanhados cinco ambientes, dos quais três ambulatórios didáticos (dois públicos e um privado), um ambulatório de atenção primária e um grupo de investigação científica.

Cada um dos ambientes acompanhados apresentava sua própria dinâmica, tanto assistencial quanto na(s) estratégia(s) terapêutica(s) utilizada(s). No CSE e na clínica privada não-médica, o atendimento era individual, com uso de diferentes técnicas terapêuticas e, em alguns casos, reutilização de agulhas. No CSE eram usadas, além das agulhas de acupuntura, ventosas e moxa e a sessão de acupuntura tinha duração de vinte minutos. Eventualmente, o médico responsável pedia exames complementares ou prescrevia medicamentos. O atendimento em acupuntura era realizado nas quartas-feiras à tarde (14h às 17h), e subordinadas à especialidade da

clínica médica. Já na clínica privada eram usadas, além da acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, Florais de Bach, massagem shiatsu, quiropraxia, entre outros. O atendimento de cada paciente tinha duração de uma hora, e a clínica oferecia ambulatório didático em três períodos: segunda-feira (14h às 20h); quinta-feira (14h às 20h), e sábado (8h30 às 11h30). No CSE, os pacientes de acupuntura faziam parte da comunidade assistida pela unidade de saúde. E na clínica privada, os pacientes eram recrutados basicamente por meio de redes sociais (Boissevan, 1989; Both, 1976).

Nos ambulatórios didáticos universitários, os serviços de acupuntura acompanhados tinham curso no IOTHC-FMUSP sob coordenação geral do Prof. Dr. Wu Tu Hsing, contando com apoio do Dr. Hong Jin Pai e do Dr. Chin An Lin, além de médicos colaboradores. Eles se distribuíam em: curso optativo de “Introdução à Acupuntura” (MSP0668), ativado no ano de 2006, com duração semestral (Amadera et al., 2010) (sessenta horas) (<https://sistemas.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=MSP0668&verdis=2>) e 40 vagas, oferecido a alunos de terceiro ano de Medicina; Liga de Acupuntura, com assistência ambulatorial didática praticada por alunos de terceiro e quarto anos do curso de Medicina vinculados ao curso optativo e à Liga (ativada em 2002); curso de Especialização em Acupuntura Médica, ativado em 1995 (duas turmas, correspondentes aos dois anos de especialização, sendo o primeiro direcionado ao ensino de técnicas de agulhamento e o segundo ao aprofundamento em MTC, mas uso combinado de MCC e MOM). O atendimento era coletivo e contava com sete salas duplas fixas para atendimento¹⁹, sendo divididas entre homens e mulheres, pois vários pacientes ficavam semidespidos para receber o tratamento pelas agulhas. Esses pacientes procediam de diferentes bairros da cidade de São Paulo (a maioria absoluta das periferias urbanas), havendo pacientes que chegavam de outros estados brasileiros ou cidades do interior do estado de São Paulo.

Havia diferentes entradas nos ambulatórios didáticos de acupuntura no IOTHC-FMUSP: pacientes encaminhados pela atenção primária e de média complexidade do SUS; pacientes encaminhados de unidades do Complexo HC-

¹⁹ Sempre os mesmos pacientes serão atendidos pela mesma equipe de alunos e monitores da Liga de Acupuntura.

FMUSP; pacientes da comunidade USP, e também externos por demanda espontânea.

Os pacientes encaminhados ao IOTHC-FMUSP passavam por uma triagem, que consistia em verificação do diagnóstico de origem e do local do encaminhamento: pacientes encaminhados pelo SUS eram alocados para a Liga de Acupuntura; pacientes encaminhados pelo Complexo HC eram alocados para o curso de especialização; havia pacientes encaminhados para grupos de pesquisa acadêmica, e pacientes com fibromialgia eram encaminhados para o CEIMEC. Já houve outro tipo de triagem, mais técnico, com avaliação do perfil do paciente e sua doença, mas esse procedimento foi abolido a partir de 2010.

Na Liga de Acupuntura era feito uso exclusivo de agulhas descartáveis. Não era usada a moxa nem a ventosa, mas, eventualmente, era realizada infiltração de medicamentos por médicos professores. As sessões duravam vinte minutos, eram semanais e realizadas em sete semanas (ou mais, quando considerado necessário). A terapêutica era alterada de acordo com a evolução do quadro de saúde do paciente. O atendimento ambulatorial da Liga de Acupuntura ocorria uma vez por semana, à tarde, em um período formal de duas horas (sempre ultrapassado), e atendia aproximadamente 110 pacientes por dia.

Assim como descrito na literatura sobre o tema (Ferreira et al., 2008; Akiyama, 1999; Silva, 1999), o perfil da população atendida era de baixa renda, com predominância de mulheres e na faixa etária dos quarenta a sessenta anos. Era bastante incomum a frequência de crianças ou adolescentes. Isso se explica, em parte, devido a haver atendimento em acupuntura em locais específicos para essa clientela, dentro do próprio Complexo HC, e, em parte, devido ao fato de os pacientes do IOTHC-FMUSP terem um perfil de cronicidade em seus problemas de saúde. Esses pacientes chegavam ao ambulatório com um formulário de encaminhamento, no qual constava o nome da unidade de envio e um diagnóstico nosológico. Os estudantes não tinham acesso ao prontuário do paciente, pois eram treinados em agulhamento para tratar dor, e realizavam uma reavaliação do diagnóstico apenas quando julgado necessário para determinar a estratégia terapêutica pela acupuntura a adotar no seu tratamento. Após dez sessões de acupuntura, o paciente tinha alta e retornava para sua unidade de origem, para

avaliação de resultados e realização de novo encaminhamento, se considerado necessário. Como esses pacientes não eram submetidos a protocolo de investigação científica, a terapêutica acompanhava a evolução de seu quadro de saúde. Formalmente, o paciente recebia de sete a dez sessões semanais de acupuntura – número de sessões correspondente ao descrito para tratamento de dor lombar crônica nos EUA (Kalauokalani et al., 2005; Sherman et al., 2001) e em outras investigações realizadas no Brasil (Yoshizumi, 2010; Silva, 1999) –, com alteração na estratégia terapêutica, quando considerado necessário. Também os pacientes eram mantidos em atendimento quando seu caso era considerado de interesse científico.

O atendimento na Liga de Acupuntura era realizado por alunos de terceiro ano de graduação em medicina (e alunos de quarto ano membros da Liga de Acupuntura) que frequentavam o curso optativo de acupuntura oferecido pelo IOTHC-FMUSP, com duração de um semestre, e eram acompanhados por monitores (ex-alunos do mesmo curso) e residentes de acupuntura do HC-FMUSP, com supervisão de médicos acupunturistas do IOTHC-FMUSP e de outras unidades do HC-FMUSP.

Alguns pacientes da Liga de Acupuntura recebiam complemento de assistência com estratégias da fisioterapia, pois o curso de introdução à acupuntura incluía aprendizado de estratégias terapêuticas daquela especialidade. No ambulatório didático do curso de especialização em acupuntura para médicos, a assistência era semelhante à da Liga de Acupuntura, mas os pacientes recebiam eventualmente prescrição de fármacos porque os alunos eram médicos formados, atuando no mercado em suas especialidades.

Durante o período de acompanhamento das atividades da Liga, foi verificada a matrícula de 40 alunos no curso optativo, sendo que houve frequência de trinta alunos na primeira aula e, na última, quatro. A frequência no ambulatório sempre foi maior do que essa, chegando a doze alunos, ou mais, por dia de atendimento. No encerramento das aulas, os alunos interessados em integrar a Liga de Acupuntura realizaram uma prova de conhecimentos elaborada pela diretoria da Liga. Sete alunos prestaram prova de ingresso na Liga, passando a incorporar o grupo.

Havia grande rotatividade dos integrantes da Liga, haja vista que, a partir do quinto ano, os alunos iniciam o Internato, e seguem outra trajetória de formação profissional.

O atendimento oferecido pelo curso de especialização diferia da Liga de Acupuntura no fato de os alunos já serem médicos formados em diferentes especialidades, serem mais assíduos às aulas teóricas e atuarem nas suas áreas como profissionais liberais, na medicina de grupo e no SUS. Estes procuravam o curso por diferentes motivos: ter uma nova especialidade ou já ser acupunturista, mas precisar do título para praticar pela medicina de grupo estavam entre eles.

Assim como acontecia na Liga de Acupuntura, o ambulatório didático do curso de especialização funcionava uma vez por semana, à tarde, em período de duas horas. Eram atendidos 190 pacientes por sessão, pelos alunos de primeiro ano, e 12 pacientes pelos alunos de segundo ano. Essa diferença expressiva ocorria devido a dois motivos principais: as atividades do primeiro ano contavam com muito mais alunos, médicos monitores e médicos discutidores; já a realização da assistência pela MCC e MOM era mais detalhada e conta com menos alunos²⁰.

Além dos atendimentos ambulatoriais, o IOTHC-FMUSP contava com equipe de pesquisadores que desenvolviam: protocolos, em parceria com a Universidade de Harvard, nos EUA, para aprendizagem e desenvolvimento de pesquisas acadêmicas na área, relacionadas à acupuntura e outras linhas de trabalho; um serviço de telemedicina, por meio do qual eram oferecidos palestras e cursos a estudantes da própria FMUSP e de outras localidades nacionais, e curso de preparação para desenvolvimento de ensaios clínicos.

O Grupo de Acupuntura do GMD ICHC-FMUSP desenvolvia atividades de investigação científica, e guardava semelhanças e diferenças em relação aos demais em alguns aspectos. Como nos ambulatórios universitários, o atendimento era coletivo, com uso exclusivo de agulhas descartáveis, sessões com duração de vinte minutos. No entanto, o tratamento dos pacientes seguia metodologia de trabalho científico, com protocolos de investigação estruturados. Os estudos tinham desenho

²⁰ Essa dinâmica foi alterada no ano de 2011, quando houve uma reestruturação do serviço. Foi reduzido o número de pacientes atendidos pela turma de 2º ano do curso de especialização, pois o ambiente destinado à assistência aos pacientes passou a ter outro uso; o número de sessões de acupuntura por paciente também foi reduzido.

de ensaio clínico randomizado explanatório (Fletcher & Fletcher, 2008), uni-cegos, com pontos específicos de agulhamento (e agulhamento profundo) para os grupos experimentais e agulhamento *sham* (superficial ou em pontos inespecíficos) para os grupos-controle (Goddard et al., 2005). Os pacientes dos dois grupos eram homogêneos (critérios de inclusão), mas apresentavam comorbidades (critério de exclusão). No entanto, como o desfecho em estudo era alívio da dor, melhora na capacidade funcional e qualidade de vida, é possível que essa característica não afetasse a validade interna dos protocolos. Todos os protocolos em andamento haviam sido aprovados pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do HC-FMUSP, e previam assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pacientes. Além disso, utilizava-se a eletroestimulação como estratégia terapêutica além do agulhamento, característica não observada nos demais ambientes.

O grupo de acupuntura realizava suas atividades no Ambulatório de Neurologia localizado no 6º andar do Prédio dos Ambulatórios (PAMB) do HC-FMUSP, ocupando geralmente duas salas, ambas com aproximadamente 16 m². Em uma dessas salas ficava guardado o material relacionado aos protocolos em andamento: pastas dos pacientes atendidos, material de atendimento, registros de protocolos. Nela eram atendidos homens, geralmente, pois esses eram em menor número. Nessa sala, havia uma maca para atendimento de pacientes deitados, e uma cadeira para atendimento sentado.

Na sala em frente, onde eram atendidas as mulheres, havia três macas para atendimento deitado, seis cadeiras para atendimento sentado, além de móveis que não diziam respeito exclusivo às atividades de acupuntura. A porta dessa sala era protegida por um biombo, para garantir um mínimo de privacidade aos pacientes.

Os pacientes eram encaminhados por um grupo de triagem do GMD. Essa triagem era reavaliada por um médico do grupo de acupunturistas, para encaixe dos mesmos em protocolos de investigação científica. Nessa oportunidade, os pacientes deveriam assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dando sua anuência para participar de um dos protocolos. Essa assistência em acupuntura contava com apoio ativo e estratégico do CEIMEC, seja por meio da participação direta de um de seus proprietários, o Dr. Hong Jin Pai, seja por meio da ação voluntária integrada de

seus professores e monitores nas atividades de investigação científica do ICHC-FMUSP, seja na parceria à assistência oferecida pelo IOT-HC-FMUSP.

Criado em 1990 pelos médicos Ling Tung Yang, Lin Chen Hau, Wu Tu Hsing, Peng Ming Huang e Hong Jin Pai, o CEIMEC contava em seus quadros com profissionais que atuavam em cargos diretivos do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura; comercializava produtos de acupuntura e possuía editora responsável pela publicação de obras de referência na área; oferecia cursos de acupuntura em diferentes níveis de complexidade, e tinha convênio com instituições internacionais como *The World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies* (WFAS), *World Federation of Chinese Medicine Societies* (WFCMS) e *Taiwan Traditional Medicine Association* (<http://www.ceimec.com.br>).

Durante as atividades de campo, estavam em curso protocolos sobre lombalgia crônica, síndrome miofascial, cervicalgia, dor no nervo trigêmeo e neuralgia pós-herpética, com uso dos seguintes instrumentos de coleta de informações: história clínica do paciente, Inventário Wisconsin (avaliação de dor nas 24 horas que antecedem a sessão), Inventário McGill Reduzido e Diagrama de sintomas (mapeamento de dor), SF36 (versão em português do *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey*, traduzido e validado por Ciconelli (1997)), Inventário Zhang Fu e Semiologia do estado de saúde (avaliação do estado de saúde pela MCC), Índice de Schober (mobilidade da coluna) e Questionário de Incapacidade – Roland Morris (capacidade funcional). O protocolo de lombalgia foi objeto de tratamento analítico e seus resultados foram apresentados em congresso da área. Outros protocolos ainda não haviam sido fechados por dois motivos: (1) embora o grupo trabalhasse com investigação científica desde o ano de 2004, o encaminhamento de pacientes pelo grupo de triagem foi intensificado apenas a partir de 2008 e, portanto, o grupo ainda não atingira um n^{21} que viabilizasse o tratamento do banco de dados; (2) as investigações do grupo vinham sendo pautadas pelo estudo de tratamento completado, e não por intenção de tratamento. Havendo uma quantidade razoável de pacientes transferidos para tratamento sem protocolo, isso resultava em perda de dados.

²¹ Número de participantes.

A organização do atendimento era relativamente semelhante nos diferentes ambientes. No primeiro encontro, era formulado um histórico clínico do paciente e estabelecido um diagnóstico inicial. Já nesse primeiro dia o paciente podia receber a primeira sessão de tratamento, devendo retornar semanalmente, para dar seguimento à terapêutica até receber alta. No entanto, as diferenças eram também relativamente importantes. Nos ambulatórios universitários, os pacientes chegavam com diagnóstico previamente estabelecido. Este era aceito, e alterado apenas em caso de evidência clínica de reformulação.

No CSE, o diagnóstico era elaborado pelo médico responsável. Ele determinava as estratégias terapêuticas utilizadas de acordo com a evolução do quadro do paciente, bem como a alta médica. Na clínica privada, as estratégias terapêuticas utilizadas combinavam acupuntura com naturopatia. Assim como no CSE, não havia previsão inicial de duração do tratamento.

O grupo de investigação científica tinha características bastante específicas, quanto ao recrutamento de pacientes, ao diagnóstico e à terapêutica. Todos os seus pacientes eram vinculados ao Grupo Multidisciplinar de Dor (GMD) do Instituto Central (IC) do HC-FFMUSP. Além de passar por triagem do GMD e ser incorporados em um dos protocolos de investigação científica em acupuntura após randomização, estes seguiam uma rotina de doze encontros semanais, sendo:

1. Primeira sessão de agulhamento, com pontos fixos para o grupo experimental e pontos *sham* para o grupo controle;
2. Segunda à décima sessões de agulhamento, com aplicação de instrumentos de investigação científica, dependendo do protocolo;
3. Décimo primeiro encontro, com aplicação dos instrumentos de investigação científica e agendamento de novo encontro no prazo de quatro ou seis meses, de acordo com o protocolo;
4. Décimo segundo encontro para aplicação dos instrumentos de investigação científica e proposta de continuidade de tratamento no ambulatório didático do CEIMEC, escola parceira do IOTHF-FMUSP e do ICHC-FMUSP, que oferece ambulatório didático de acupuntura nas sextas-feiras, das 14h às 18h, e aos sábados, das 14h às 18h.

Nenhum paciente recebia ajuda de custo para realizar seu tratamento; nenhum dos protocolos recebia financiamento interno ou de agência de fomento. Todos os médicos que participavam dos protocolos eram voluntários.

Durante as atividades de campo, foi observada apenas uma recusa de continuidade do tratamento por parte do paciente, embora a assistência ambulatorial do CEIMEC fosse oferecida em horário e dias diferentes dos do HC: às sextas-feiras e sábados, das 14h às 18h.

A estratégia terapêutica da acupuntura guarda semelhanças e diferenças em relação a um atendimento de saúde convencional pela MOM. De semelhante, há a construção de um diagnóstico e a definição de uma terapêutica ou terapêuticas combinadas. Enquanto o profissional ouve o paciente e registra seus sintomas, busca nele sinais indicativos do padrão de adoecimento. Em seguida, estabelece um diagnóstico que faz parte do repertório disponível no seu núcleo conceitual, e define a técnica terapêutica adequada para a ocasião, dentre várias possíveis. De diferente, há os encontros semanais, que permitem ajuste na terapêutica mais rápido do que um tratamento convencional pela MOM; e há - unanimidade entre pacientes e profissionais - a possibilidade de reduzir ou eliminar o uso de certos medicamentos, inibindo efeitos colaterais adversos. No entanto, a acupuntura não é inócua. Provoca dor, dependendo do local de aplicação e de quem aplica; pode provocar edema ou outros problemas, pelo mesmo motivo, e pode agravar os sintomas do paciente, quando elaborado um diagnóstico equivocado (no contexto da MCC) e/ou aplicada uma técnica terapêutica inadequada pelos princípios da MOM.

Pedidos de exames complementares por médicos, e sugestão de visita a médicos por parte de outros profissionais foram verificados eventualmente, como mencionado acima.

A observação participante foi importante para identificar a confusão na área descrita por Akiyama (2004). Nessa etapa, foi verificado que, pelo menos na cidade de São Paulo, o que se ensina e pratica não é a chamada MTC, mas eminentemente a acupuntura. Usam-se geralmente traduções ocidentais do núcleo conceitual da medicina chinesa clássica (MCC) como suporte para o treinamento profissional na terapêutica de inserção de agulhas ou outras que se apoiam nela, como auriculoterapia com sementes de mostarda, entre outros. O ensino é realizado mais

de maneira oral, por observação e prática, daí a importância dos ambulatórios didáticos, tanto nas escolas oficiais quanto nas privadas. Outras estratégias terapêuticas da MCC – tuiná, fitoterapia, dieta alimentar, entre outras – não são ensinadas, ou são parcialmente ensinadas.

Além disso, foi observado que a acupuntura científica instalada no HC-FMUSP e ensinada no CEIMEC é alvo de atenção e crítica por parte dos demais atores acompanhados, na medida em que propõe o núcleo conceitual MOM+MCC. Os críticos referem que a acupuntura praticada no HC-FMUSP é contaminada pela MOM, é reducionista (usa a acupuntura apenas como ferramenta terapêutica) e subordinada às especialidades médicas (focada na doença e não no doente) (Moraes, 2007).

A posse dessas informações iniciais permitiu a construção da estratégia de produção de informações por meio de entrevistas.

3.2.3 Elaboração do Roteiro de Entrevistas

Dada a complexidade do tema, considerou-se a necessidade de realizar entrevistas que contribuíssem para elucidar a confusão identificada durante a etapa de observação participante. Buscava-se considerar as interpretações dos profissionais acompanhados a respeito de alguns temas:

- (a) Quando e como a MTC foi instalada na cidade de São Paulo?
- (b) É MTC que se ensina e pratica ou é acupuntura?
- (c) Quais são as fontes de informação ou referências sobre o tema?
- (d) Por que existe uma diversidade tão grande na organização da assistência em acupuntura?
- (e) Por que existe divergência entre médicos acupunturistas, entre estes e médicos não acupunturistas, e entre médicos acupunturistas e não-médicos acupunturistas quanto ao núcleo conceitual utilizado (MCC, MOM+MCC, MOM) na prática de acupuntura?
- (f) O que é o Ato Médico e por que mobiliza tantos profissionais da área de saúde?

- (g) Por que a acupuntura é praticada de maneira encoberta em algumas unidades de saúde?
- (h) Por que não existe regulamentação do ensino e prática da acupuntura?
- (i) Por que a acupuntura científica é tão criticada?

Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado (Anexo 2), fundamentado nas estações do sistema circulatório latouriano. Para a primeira estação, mobilização do mundo, foram elaboradas questões sobre identificação pessoal; interesse por acupuntura; formação e prática profissional; estratégias diagnósticas e terapêuticas; resultados observados, e mercado de trabalho em acupuntura. Não houve questão relativa ao trabalho voluntário realizado pelos médicos acupunturistas na aplicação dos protocolos de investigação científica. Embora fossem se delineando diferentes motivações pessoais ao longo do tempo, havia consenso em torno da ideia de aprimoramento da prática de agulhamento e oportunidade de aprender com o coordenador do grupo, considerado por eles o melhor acupunturista do país.

Para a segunda estação, autonomização, foram elaboradas questões sobre a história da acupuntura no Brasil, participação em associações representativas da profissão, participação em congressos e cursos na área.

Para a terceira estação, alianças, foram elaboradas questões sobre mercado de produtos, dissenso (Pallamin, 2010; Rancière, 1996) entre médicos e entre médicos e não-médicos em torno do ensino e prática da MTC/acupuntura, legislação sobre o tema, além de níveis de formação na área: nível médio, superior e pós-graduado. E para a quarta estação, representação pública, foram elaboradas questões sobre a resposta dos pacientes ao tratamento de saúde; perspectivas de expansão do mercado para a terapêutica, e relação com a mídia. Quanto ao núcleo conceitual aprendido e utilizado, foram elaboradas perguntas sobre fontes de informação utilizadas; definição de MTC e diferenças em relação à MOM, e interpretação sobre o que se pratica na cidade de São Paulo.

O roteiro foi montado sem divisão formal das estações e subestações (por exemplo, a pergunta 1.5 se refere à primeira pergunta do núcleo conceitual), mas de maneira que facilitasse sua identificação posterior e tratamento das informações.

Entretanto, as entrevistas tiveram um curso livre e, muitas vezes, os entrevistados transitavam entre as estações em suas respostas. Isso trouxe mais complexidade à análise, mas enriqueceu os depoimentos.

3.2.4 Atores entrevistados

Foram entrevistados setenta atores humanos, entre médicos, estudantes de medicina, profissionais da área da saúde, outros profissionais acupunturistas e pacientes de ambulatórios didáticos em acupuntura. Entre os médicos, uma entrevista foi realizada em duas tomadas; duas foram realizadas em três tomadas, e as demais, em uma tomada apenas. Entre os não-médicos, uma entrevista foi realizada em duas tomadas, e as demais em uma tomada. Entre os pacientes, três entrevistas foram realizadas em duas tomadas. Esse recurso foi empregado para adequar a realização das entrevistas às agendas dos entrevistados, e não prejudicou a produção de informações. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e, em seguida, transcritas (Schraiber, 1995).

A seleção dos atores seguiu um modelo de rede social (Boissevan, 1989; Both, 1976) e de conveniência. A partir da indicação inicial, as primeiras entrevistas foram realizadas com médicos considerados ícones na área por diferentes fontes. Em seguida, os entrevistados indicavam outras pessoas e estes, outras (Figura 2).

A seleção de pacientes foi realizada por conveniência e de maneira aleatória, nos ambulatórios didáticos do IOTHC-FMUSP e do CEIMEC (Figura 2). No IOTHC-FMUSP, foram selecionados pacientes assistidos pela Liga de Acupuntura, na terça-feira à tarde. Buscou-se entrevistar pessoas atendidas por diferentes grupos de estudantes²², visando à obtenção de informações diversificadas. Essa estratégia levou em consideração a diversidade das técnicas terapêuticas em acupuntura: pacientes com uma mesma enfermidade podem ser tratados de maneiras diferentes, quando colocados em salas diferentes. A pesquisadora percorria as fileiras de

²² A organização do atendimento nos ambulatórios didáticos do IOTHC-FMUSP é feita por meio da separação dos pacientes por sala de atendimento. São sete salas duplas em que grupos de dois ou três alunos do curso de introdução à acupuntura realizam atendimento, com monitoramento de integrantes da Liga de Acupuntura e suporte de médicos residentes em acupuntura e médicos professores, chamados de discutidores. Artigo específico sobre as atividades da Liga de Acupuntura do IOTHC-FMUSP está em fase de publicação.

cadeiras²³ do salão de espera do ambulatório do IOTHC-FMUSP, e indagava se o paciente tinha interesse em conceder entrevista. Esperava-se mais recusa do que aceitação, considerando a situação delicada em que essas pessoas aguardam pelo atendimento: com dor, desconforto, durante muito tempo. Ao contrário, houve grande disponibilidade dos pacientes, os quais inicialmente confundiam a entrevista acadêmica com reportagem jornalística.

No CEIMEC, a seleção também foi de conveniência e aleatória. No entanto, ao contrário do que foi observado no IOTHC-FMUSP, a atitude dos pacientes foi mais reservada, sendo que alguns chegaram a rejeitar a entrevista, mencionando extraoficialmente que temiam perder a vaga no ambulatório didático, caso concedessem entrevista. Quando esclarecido que as entrevistas haviam sido autorizadas e incentivadas por um dos sócios da clínica, elas ocorreram de maneira mais fluida e descontraída.

²³ Quando ocorreram as entrevistas com pacientes do IOTHC-FMUSP, o atendimento estava organizado da seguinte maneira: havia sete fileiras de cadeiras no salão de espera do Pronto-socorro. Havia sete salas de atendimento. Portanto, os pacientes atendidos em cada sala, sentavam-se nas cadeiras correspondentes das fileiras e eram atendidos por ordem de chegada. Essa estratégia foi idealizada pelo diretor da Liga de Acupuntura, para minimizar reclamações dos pacientes contra a falta de filas ou senhas, e discriminação no atendimento. A estratégia surtiu efeito positivo e foi bem recebida pelos pacientes.

Quadro 1. Distribuição das atividades de observação participante, durante pesquisa de campo

Dia	Horário/duração	Ambiente	Atividades desenvolvidas
Segunda-feira	14h até 21h Período: janeiro a dezembro de 2010	Ambulatório didático de escola particular não-médica	Acompanhamento da assistência a pacientes de naturopatia; Acompanhamento de curso teórico sobre MTC (apenas entre março e junho de 2010).
Terça-feira	14h até 16h (curso) 17h até 20h (ambulatório) Período: fevereiro a junho de 2010	Curso de Introdução à acupuntura para graduação e ambulatório didático da Liga de Acupuntura, IOTHC-FMUSP	Acompanhamento das aulas do curso introdutório de acupuntura para alunos de 3º e 4º anos de medicina; acompanhamento das atividades do ambulatório didático da Liga de Acupuntura do IOTHC-FMUSP.
Quarta-feira	8h30 até 9h30; 9h30 até 11h30 (apenas uma reunião mensal); 10h até 12h (durante 12 semanas); 14h30 até 17h30 Período: fevereiro a dezembro de 2010	CSE	Acompanhamento das práticas corporais (lian gong) oferecidas por médico e voluntárias em local cedido, próximo do CSE; Acompanhamento de reunião de supervisão em MTC para funcionários da rede municipal de saúde, no CECCO Previdência; Acompanhamento de curso sobre cultivo de horta uso de ervas medicinais no tratamento de saúde, no CECCO Previdência (12 semanas); Acompanhamento das atividades de assistência à saúde em acupuntura no CSE, como terapêutica da clínica médica.
Quinta-feira	14h até 16h (curso) 16h até 20h (ambulatório) Período: fevereiro a junho de 2010	Curso de especialização em acupuntura para médicos e ambulatório didático do curso, IOTHC-FMUSP	Acompanhamento das aulas do curso de especialização em acupuntura para médicos multiespecialistas do IOTHC-FMUSP; Acompanhamento das atividades do ambulatório didático do curso de especialização para médicos do IOTHC-FMUSP.
Sexta-feira	7h30 até 12h30 Período: março a dezembro de 2010	Grupo de investigação científica em acupuntura do Grupo Multidisciplinar de Dor, ICHC-FMUSP	Acompanhamento das atividades de investigação científicas do Grupo de Acupuntura do Grupo Multidisciplinar de Dor, ICHC-FMUSP

Figura 2. Fluxograma da composição dos atores humanos entrevistados e não entrevistados neste estudo

Observação: Os números das entrevistas correspondem à ordem de transcrição das mesmas, não de realização. As entrevistas marcadas em vermelho não foram utilizadas neste estudo. As entrevistas 3, 11, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56 e 57 foram objeto de artigo científico sobre a Liga de Acupuntura.

3.2.5 Material utilizado para elaboração desta tese

Os resultados ora apresentados constituem em parte do material produzido durante as atividades de campo (marcado em verde, na Figura 2, a menos dos números marcados em vermelho). As atividades correspondentes a esse material foram realizadas junto ao IOTHC-FMUSP, ICHC-FMUSP e CEIMEC, entre os meses de fevereiro e junho de 2010, em período de dezesseis horas semanais (às terças-feiras, das 14h às 20h; às quintas-feiras, das 14h às 19h, e às sextas-feiras, das 7h30 às 12h30). Em seguida, entre os meses de julho a dezembro de 2010, em período de cinco horas semanais (às sextas-feiras, das 7h30 às 12h30).

Foram realizadas três atividades:

1. Observação participante, com registro de campo (Schraiber, 1995) das atividades desenvolvidas durante o curso de introdução à acupuntura oferecido a alunos de graduação pelo IOT-FMUSP e a Liga de Acupuntura à qual ele era vinculado; durante o curso de especialização em acupuntura para médicos, preparatório para a prova de título de especialista em acupuntura (TEAC) do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA), bem como o ambulatório didático desse curso que oferecia assistência a pacientes matriculados no ambulatório de acupuntura instalado em ambiente do IOTHC-FMUSP. Também acompanhamento das atividades do Grupo de Acupuntura do GMD do ICHC-FMUSP, vinculado ao Departamento de Neurologia.

As informações foram registradas nos programas Word2003 e Word2007, no total de 405 páginas digitais em fonte Times New Roman, fonte 12 e espaço simples, mais onze cadernos de anotação;

2. entrevistas semiestruturadas, orientadas por roteiro temático, com dezessete médicos, acupunturistas (16) e não acupunturista (1), que participam das atividades didáticas, assistenciais e científicas no HC-FMUSP, no total de 23 horas e 30 minutos, seguidas de transcrição de áudio (Günther, 2006) digitada nos programas Word 2003 e Word 2007;
3. pesquisa documental e de literatura especializada sobre a acupuntura e seu estabelecimento na cidade de São Paulo e na FMUSP.

3.2.6 Outros procedimentos

Foi realizado estudo documental (Günther, 2006) e virtual sobre instituições relacionadas à área da saúde, medicina e acupuntura.

3.2.7 Análise das informações produzidas em campo

A análise das informações produzidas por meio das entrevistas foi temática e de conteúdo (Minayo, 2012), com ênfase na busca de respostas típicas ou representativas das interpretações dos entrevistados para o roteiro de questões elaborado durante as atividades de observação participante.

As interpretações dos entrevistados sobre o tema em estudo foram distribuídas entre as quatro estações do sistema latouriano: mobilização do mundo, autonomização, alianças e representação social, mais o núcleo conceitual.

Este estudo teve aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP, CAPPesq. Todos os atores humanos foram informados sobre o projeto e autorizaram a gravação de entrevistas por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

A pesquisadora foi bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, em regime de dedicação exclusiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira parte é feita a caracterização dos atores não-humanos e humanos do sistema latouriano em estudo: HC-FMUSP, IOTHC-FMUSP, ICHC-FMUSP e instrumento terapêutico privilegiado da acupuntura (as agulhas), e caracterização dos atores humanos acompanhados em práticas de acupuntura e entrevistados.

Na segunda parte, são apresentadas as interpretações dos médicos entrevistados sobre sua prática profissional (mobilização do mundo); a institucionalização da acupuntura (autonomização); as alianças necessárias para que isso acontecesse, e a resposta de pacientes, além de sua relação com a mídia (representação pública). Também são apresentadas suas interpretações a propósito dos núcleos conceituais que orientam essas práticas.

4.1 Primeira parte: caracterização do campo – atores não-humanos e humanos

4.1.1 O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP)

Instituição de nível terciário (Elias, 2009) na assistência à saúde, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (São Paulo, 2010), ocupa 376.000 m² de área construída em região nobre da cidade. O complexo hospitalar do HC iniciou suas atividades em 19 de abril de 1944, data da inauguração do prédio do atual Instituto Central. Sua atuação é abrangente, congregando assistência à saúde, ensino e pesquisa.

Na área de pesquisa, conta com 62 Laboratórios de Investigação Médica, com desenvolvimento de pesquisas locais e projetos multicêntricos em parceria com universidades nacionais e internacionais, e com a indústria farmacêutica. Para essas atividades, conta com recursos orçamentários e fontes de financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), indústrias farmacêuticas e outras entidades públicas e privadas.

Na área assistencial, conta com 2.020 leitos em operação (de 2.217 existentes) e presta serviços aos pacientes do SUS, conveniados e particulares, sendo um hospital de alta complexidade. Emprega 14.690 funcionários e possui um orçamento de R\$ 1.254.000.000,00, dos quais R\$ 429.000.000,00 constituem recursos extraorçamentários gerados pela própria Instituição. Possui atendimento ambulatorial e hospitalar (internações, cirurgias, exames laboratoriais), além de prevenção e promoção à saúde.

Na área de ensino, oferece formação profissional no nível de graduação, pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*.

Segundo o Relatório Anual do HC-FMUSP (São Paulo, 2010), 52% do atendimento são realizados por meio de encaminhamento de outras unidades públicas de saúde, sendo que 22% são por busca espontânea e 16% por outras maneiras de entrada. A assistência oferecida pelo HC é considerada de boa qualidade, sendo verificado mais de 90% de aprovação, nos últimos cinco anos (2006-2010). Nos últimos três anos, têm caído os índices de insatisfação dos pacientes, com redução das reclamações encaminhadas à Ouvidoria do HC (67%, em 2007; 44%, em 2010), ainda que estas ainda liderem o ranking de consultas ao órgão.

O atendimento em acupuntura ocorre em diferentes Institutos – Pediatria, Clínica Médica, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia, Instituto do Câncer, Departamento de Neurologia, entre outros. Também é oferecido serviço ambulatorial de acupuntura no Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) em parceria com o CEIMEC.

4.1.2 Instituto de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP (IOT)

Após a inauguração do prédio do HC-FMUSP, em 1944, a primeira clínica instalada foi a de Ortopedia e Traumatologia, no mesmo ano, com a finalidade de atender “[...] traumatizados do aparelho locomotor, os doentes da paralisia infantil e às crianças inválidas e defeituosas encaminhadas pelo Departamento Estadual da

Criança” (<http://www.hcnet.usp.br/historiahc/institutos.htm#iot>). Dado o crescimento da demanda pelo serviço, pouco tempo depois foi construído prédio próprio para a clínica, em área de 20.000 m², com oito andares mais subsolo, e capacidade para 300 leitos e 400 salas. O Hospital Ortopédico e Traumatológico foi inaugurado em 1950, “[...] passando a atender sessenta por cento do movimento do serviço de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas” (<http://www.hcnet.usp.br/historiahc/institutos.htm#iot>).

Entre os anos de 1956 e 1968, o prédio abrigou o Instituto Nacional de Reabilitação (INR), com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU). A direção do HC-FMUSP criou, então, o Centro de Reabilitação de Vergueiro, atual Divisão de Medicina de Reabilitação.

O andar térreo do edifício conta com pronto-socorro e ambulatório; e, no sétimo andar, conta com auditório com capacidade para 150 pessoas, cozinha e salas de aula. Esses foram os ambientes frequentados durante as atividades de observação participante deste estudo. No primeiro andar, funciona atualmente atendimento para pacientes provenientes da medicina de grupo. Este e os andares intermediários (2º ao 6º) não foram frequentados pela pesquisadora.

O IOTHC-FMUSP é um centro de referência para lesões raquimedulares e reimplantes de membros. Possui o Laboratório de Estudos do Movimento, que realiza avaliação funcional do movimento e análise da fisiologia do exercício. Conta com Banco de Tecidos do Sistema Musculoesquelético e uma Divisão de Próteses e Órteses, além de unidade de Emergência Referenciada para tratamento de trauma ortopédico de alta complexidade. Em 2010, inaugurou um Laboratório de Artroscopia e um Centro de Microcirurgia Reconstructiva e Cirurgia de Mão, com atendimento 24 horas por dia, de segunda a sexta-feira. (São Paulo, 2010).

4.1.3 Instituto Central, HC-FMUSP – acupuntura no Grupo Multidisciplinar de Dor e Neuroestimulação (GMD) em parceria com o Centro de Estudo Integrado de Medicina Chinesa (CEIMEC)

O ICHC-FMUSP é composto pelo Instituto Central e o Prédio dos Ambulatórios. Concentra a maioria das especialidades médicas do Complexo HC-FMUSP: clínica cirúrgica (geral, aparelho digestivo, fígado, cabeça e pescoço, torácica, vascular), clínica médica (hematologia, endocrinologia, pneumologia, nefrologia, alergia e imunologia, reumatologia, gastroenterologia, geriatria), neurologia clínica e cirúrgica, urologia, ginecologia, obstetrícia, dermatologia, plástica e queimaduras, oftalmologia, otorrinolaringologia, endoscopia, moléstias infecciosas e parasitárias entre outras. Nesse prédio encontra-se também o maior centro cirúrgico do país e uma Divisão de Laboratório Central (São Paulo, 2010).

O Departamento de Neurologia do ICHC-FMUSP é responsável por 3,21% das consultas agendadas na área de assistência ambulatorial do Instituto Central do HC, e por 3,31% das realizadas²⁴.

Durante as atividades de campo, os médicos que integravam o GMD se reuniam uma vez por semana, no período da manhã (7h30-8h30), quando eram oferecidas palestras sobre diferentes temas de interesse para as investigações científicas e a clínica, além de palestras sobre aspectos legais e éticos da profissão, e apresentação de fármacos que vão sendo incorporados ao mercado. Após essa palestra, os integrantes do grupo seguiam para seus ambientes de investigação e/ou atividades acadêmicas (8h30-12h30). O Grupo de Acupuntura do GMD do Departamento de Neurologia contava com coordenação do Dr. Hong Jin Pai, presidente do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura, Regional São Paulo (CMASP) à época das atividades de campo, e com coordenação geral do Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira desde o início dos anos 1990.

²⁴ Estatísticas Ambulatoriais do Instituto Central da Faculdade de Medicina da USP, 2010. <http://www.ichc.hcnet.usp.br/default.aspx?pagid=DSFEMLR&menuid=1513>

4.1.4 Agulhas de acupuntura

Atores não-humanos do sistema circulatório em estudo, as agulhas de acupuntura são um elemento fundamental no estabelecimento da terapêutica que a acompanha na cidade de São Paulo, por diferentes motivos. Primeiro, porque elas são apontadas como uma das razões de rejeição à terapêutica. É comum o medo de agulha (Silva, 1999) e, paradoxalmente, a acupuntura pode provocar dor antes de tirar a dor. Segundo, pela possibilidade de contaminação. Antes da introdução no país de agulhas descartáveis, havia o medo de que elas fossem propagadoras de doenças, como hepatite. Terceiro, o valor monetário delas. Apenas recentemente as agulhas tiveram seu valor monetário reduzido drasticamente, devido à importação dessas, em especial as procedentes da China.

Originalmente modeladas em osso de peixe e pedra (Pai, 2005), houve tempo em que as agulhas tinham diferentes formatos e usos, bem como eram modeladas em ouro, prata ou outro metal. Atualmente são produzidas em aço inoxidável, são descartáveis, podendo ser embaladas individualmente (Figura 3) ou em pacotes com dez unidades. O propósito desse cuidado é evitar contaminação do paciente durante o tratamento de saúde.

Figura 3. Agulhas de acupuntura modernas: descartáveis e embaladas individualmente, com canícula e suporte em plástico para evitar contato da mão do acupunturista com a superfície que penetrará no paciente

Disponível em:

<http://portuguese.alibaba.com/products/acupunctur-e-needles-with-copper-handle.html>

Quando a acupuntura chegou na cidade de São Paulo na primeira metade do século 20, e seu emprego se restringia às colônias orientais, eram utilizadas agulhas importadas sem registro de procedência, reutilizáveis, adornadas e embaladas em envelopes especiais.

No início dos anos 1980, houve um crescimento na venda de agulhas para acupuntura, acompanhando o crescimento do número de profissionais atuantes na área, mas a cidade de São Paulo contava com apenas um empresário que as comercializava oficialmente. Esse instrumento terapêutico era caro, naquela época, e não era descartável. A tecnologia de esterilização também era dispendiosa. As agulhas utilizadas eram descontaminadas em autoclave, sendo necessário ao acupunturista possuir esse equipamento, além de funcionários que se dedicassem a essa atividade. Diferentes estratégias foram adotadas por pacientes e acupunturistas para minimizar o risco de contaminação dos pacientes. Dentre elas, os pacientes adquiriam um *kit* de agulhas no mercado e as levavam para suas sessões ou profissionais acondicionavam as agulhas utilizadas por cada paciente em um compartimento de vidro (tubo de ensaio) identificado com seu nome, sendo a esterilização feita por uma pastilha de formalina²⁵. Entretanto, nos anos 2000, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, proibiu o uso de formol como esterilizador de agulhas²⁶. Desde então, são vendidas agulhas descartáveis, de diferentes procedências e acondicionamento, por diferentes empresários.

As agulhas chinesas são as mais vendidas atualmente, embaladas individualmente com cânula (Figura 3). Elas são muito baratas, atingindo o valor aproximado de R\$20,00 cada caixa com cem agulhas²⁷. Podem ser compradas por preços ainda menores no mercado informal. Há ainda as coreanas e as francesas.

A importação de agulhas chinesas em larga escala foi um dos fatores responsáveis pelo barateamento do custo da terapêutica e pode estar relacionado à sua mais ampla difusão na cidade de São Paulo.

As agulhas de fabricação nacional ainda sofrem restrição por parte de acupunturistas, sendo consideradas de qualidade inferior às demais, e mais caras.

²⁵ Disponível em: http://www.pontoextraacupuntura.com.br/artigos.php?in=mostra_artigo&id=50. Acesso em: 7 jul 2011.

²⁶ Pela Resolução-RDC nº 36, de 17 de junho de 2009, a ANVISA proibiu definitivamente a comercialização de formol, que vinha sendo utilizado por institutos de beleza em alisamentos de cabelo, e provocando danos à saúde dos clientes desses estabelecimentos comerciais.

²⁷ Considerando-se que são aplicadas aproximadamente dez agulhas em cada paciente, por sessão, o custo bruto das agulhas para uma sessão de acupuntura, gira em torno de R\$2,00. No entanto, deve ser velado em consideração, no cálculo do valor de uma consulta em clínica médica particular – em torno de R\$ 150,00 a R\$400,00, o custo de formação e atualização do profissional, a localização da clínica e os custos de sua manutenção. Deve-se acrescentar a esse cálculo o fato de que um mesmo acupunturista pode atender seis ou mais pacientes simultaneamente, desde que tenha ambiente apropriado para isso.

Quando a acupuntura passou a ser considerada como terapêutica no ocidente, no século 18 (Baldry, 2005), utilizou-se a tradução jesuítica dos termos chineses *Zhen* – agulha – e *Jiu* – moxa – como *acum* (agulha) e *punctum* (punção) (Pai, 2005). Disso nasceu a ideia de que a acupuntura implicava em puncionar agulhas em pontos específicos do corpo. No entanto, o conceito de punção é diverso no ocidente, tratando-se de

[...] Intervenção que consiste em introduzir uma agulha, um trocáter, a ponta de um bisturi, numa cavidade natural ou patológica, para retirar uma parte do seu conteúdo com a finalidade diagnóstica (punção exploradora) ou terapêutica (punção evacuadora), ou para nela introduzir uma substância (medicamento, produto de contraste em radiologia, etc)²⁸.

Como a agulha de acupuntura tem características específicas – não tem orifício interno, não insere substância química nem retira substância biológica do organismo do paciente, “[...] com pontas ovais, alongadas, não cortantes e de diâmetros muito finos” (Pai, 2005, p. 25) –, entrando no corpo do paciente seca e saindo seca, grupos de acupunturistas (médicos, não-médicos multiprofissionais) defendem a prática da terapêutica por profissionais habilitados, independentemente de sua formação básica ser na área médica. Esse é um dos aspectos que influenciam na estação latouriana da autonomização, posto que parte dos médicos acupunturistas reivindicam que a acupuntura seja ato médico, parte deles considera a terapêutica multiprofissional, e existem profissionais da saúde ou terapeutas sem formação na área de saúde que também reivindicam o direito de aprender e praticar acupuntura. Essa face da confusão em que está inserida a acupuntura na cidade de São Paulo faz estagnar a regulamentação da profissão, além de elitizar seu uso como terapêutica complementar ou principal na assistência à saúde.

O efeito terapêutico da aplicação das agulhas é imediato. Na sua aplicação, o processo é estéril, com contato físico reduzido ao estritamente necessário. O paciente se deita em uma maca ou permanece sentado em uma cadeira por vinte a trinta

²⁸ Segundo Ricardo Antunes *apud* Garnier Delamare. Dicionário Andrei de termos de medicina, 7.ed. São Paulo: Editora Andrei, 2002, comentando sobre os argumentos expostos no Projeto de Lei n.º 7.703-C de 2006, do Senado federal, (PLS n.º 268/2002, na Casa de origem), popularmente conhecido como Ato Médico. Disponível em: <http://www.enacdf.com.br/artigosNotes/ato.php> Acesso em: 13 jan 2011.

minutos. A passividade do paciente é muitas vezes exigência do processo, pois a mobilização do corpo pode provocar movimento das agulhas nos pontos em que estão inseridas, provocando dor. No entanto, existem situações em que o paciente é agulhado à distância do ponto de dor e lhe é solicitado que movimente o membro doloroso para avaliação do efeito terapêutico.

Para sua aplicação, a acupuntura exige apenas um profissional bem formado e experiente e um paciente *paciente*. E a ‘mágica’ se produz, a ponto de ser comum os pacientes perguntarem se “tem um remedinho nessas agulhinhas”, durante as sessões. Produzido o efeito desejado uma única vez, o paciente persiste no tratamento, ou retorna a ele quando sente necessidade/pode custear, em busca daquele estado de bem-estar uma vez alcançado.

O profissional bem formado é aquele capaz de ter boa comunicação com o paciente (Schafranski, 2011; Saadeh, 2009), fazer o diagnóstico correto do caso atendido pela MOM ou MCC, e de aplicar as agulhas de maneira adequada para o quadro de saúde/doença identificado. Esse é considerado um processo de longa duração que tem início na formação médica básica, que se inicia justamente pela sensibilização do futuro médico [I.a.]²⁹, no caso do HC-FMUSP.

I.a.	<p>[...] o senhor fala em diagnóstico, estratégia terapêutica, prognóstico, e todos os cursos têm uma supervisão e apoio de todos vocês, professores, médicos, especialistas e com certa disponibilidade para ficar até não sei que horas, atendendo uma porção de gente. Mas [...] o diagnóstico vem pronto, e o senhor falou que existe uma preocupação com a qualidade do médico formado. A minha questão é: esse diagnóstico que já vem pronto não comprometeria essa formação?</p> <p>De maneira nenhuma, porque esse aluno que está aqui no nosso curso optativo, ele tem, dentro de sua grade formal, curso de como fazer diagnóstico, que a gente chama de propedêutica. Eles vêm atender esses pacientes... Na verdade, eles vêm aprender outra maneira de encarar o paciente, diferentemente de como se faz no curso normal. A gente não está inventando novos métodos diagnósticos. Nós simplesmente estamos ensinando os alunos a ter outro pensamento, a abordar o paciente de forma diferente. (Entrevista 58)</p>
------	---

²⁹ Os algarismos romanos identificam excertos das entrevistas correspondentes, sendo esses apresentados em quadro, no final de cada subitem.

4.1.5 Médicos entrevistados

Os dezessete médicos – catorze homens e três mulheres – acompanhados e entrevistados nesse segmento da investigação eram formados pelo modelo ocidental moderno (MOM), e tiveram sua formação básica em diferentes faculdades, sendo onze de uma mesma universidade (Quadro 2). Eram profissionais experientes e inquietos com as limitações que os recursos da MOM oferecem para assistir seus pacientes (perfil semelhante de médicos acupunturistas foi identificado em estudo nos EUA, por Kalauokalani et al., 2005). Nove eram descendentes de orientais, um era descendente de mãe oriental e os demais descendiam de ocidentais. Destes, um era doutorando, três eram doutores – dos quais um não era acupunturista –, e um era mestre. Todos eram especialistas em diferentes áreas, além da acupuntura. Quinze deles contavam 25 anos ou mais de experiência profissional, e apenas quatro ingressaram na acupuntura imediatamente após a conclusão da formação básica ou mesmo durante ela. O tempo de experiência com a prática de acupuntura variava entre 12 e 30 anos. Ao menos três deles tinham um histórico de participação na diretoria de associações profissionais de acupuntura, e catorze participavam ativamente na organização de congressos da especialidade.

Os motivos que levaram esses profissionais a se dedicar à acupuntura foram variados, indo desde a insatisfação com o arsenal de estratégias terapêuticas disponíveis na MOM [L.b.] até a simples curiosidade³⁰. No entanto, experiência de tratamento pessoal com acupuntura ou estratégia relacionada foi referida por seis deles. Todos aqueles tratamentos experimentados – bem sucedidos – foram realizados por profissionais não-médicos, formados em cursos da área de saúde ou não, o que era comum na época em que ocorreram, período em que a acupuntura não era reconhecida como especialidade médica. Há quem ainda receba assistência em acupuntura praticada por não-médico.

Três desses profissionais tiveram formação de longa duração em acupuntura na China (continental ou insular); um teve formação na Argentina, outro na França, e

³⁰ Iorio encontrou resultados semelhantes em estudo sobre alunos de curso de pós-graduação *lato sensu* em acupuntura para médicos do Center-AO/UNIFESP-EPM. In: Iorio RC. Acupuntura no exercício da medicina: o médico acupunturista e seus espaços de prática. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 2007.

a maior parte fez curso de especialização de curta duração na China; onze deles passaram por uma mesma escola que oferece curso de especialização em acupuntura. Isso poderia ser considerado um viés de seleção. Ao contrário, serviu para chamar atenção para certo jogo que as diferentes escolas, médicas ou não, estabelecem entre si. A despeito da aparente divergência entre linhagens (médicas ou não) – chinesa, coreana, francesa, vietnamita, japonesa – o que se verificou foi um trânsito constante de profissionais pelas diferentes escolas [II.b.]. Por exemplo, dois dos profissionais entrevistados frequentaram cursos de todas as linhagens (médicas ou não). Isso significa que a informação sobre técnicas e estratégias terapêuticas circula, quer livremente, quer de maneira velada de uma para outra escola, sendo que as divergências se estabelecem mais na disputa em torno do maior benefício terapêutico dos tratamentos e a teoria da MCC mais coerente com a original.

Esses médicos eram profissionais liberais que atuavam em clínicas privadas. Todos participavam de alguma maneira do atendimento pela rede pública de assistência, em ambulatórios universitários didáticos que ofereciam serviço de acupuntura, como monitores, professores ou praticantes.

À exceção de um deles, todos ofereciam assistência pela medicina de grupo e catorze estavam associados diretamente à pesquisa científica em acupuntura, quer na coordenação geral, quer na aplicação de protocolos de pesquisa médica (estes, trabalhando voluntariamente).

Apenas cinco desses profissionais tinham conhecimento do idioma chinês, sendo que apenas um dominava o idioma clássico e contemporâneo. Catorze deles eram filiados ao Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA) e ao menos um já participara das duas agremiações que o antecederam – Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA) e Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA) –, consideradas divergentes na atualidade, apesar do acordo formal em torno do CMBA. Três mencionaram o termo *holístico* (Iorio, 2007) ao falar da acupuntura como terapêutica, dois falaram em *cultura alternativa*, um mencionou a teoria *Gaia* (Moraes, 2007) e os demais passaram ao largo dessa discussão. Em contrapartida, houve unanimidade em reconhecer que a acupuntura era importante na redução do uso de fármacos por pacientes idosos, alérgicos a medicamentos ou sem resposta em tratamentos alopáticos. Alguns remédios, como os anti-inflamatórios

foram considerados prejudiciais à saúde em geral, e isso foi dito pelo ângulo da MOM, não da MCC.

Quadro 2. Perfil dos médicos entrevistados

Atores Entrevistados	Sexo	Descendência	Formação Básica	Formação em acupuntura	Religião
1	M	Oriental	FMUSP	Escolas na China	católica não-praticante
5	F	Não-oriental	Não-FMUSP	Escola A	Católica não-praticante, mas acredita em força espiritual, e pretende voltar a praticar
6	M	Oriental	FMUSP	Escola A Escola C (para médicos)	Católica não-praticante, antroposofia
7	M	Oriental	Não-FMUSP	Escola A	Católica praticante
8	M	Não-oriental	Não-FMUSP	Escola A	Católica não-praticante
9	F	Oriental	FMUSP	Escola A	Antroposofia e igreja messiânica
43	M	Oriental	FMUSP	Escola A	Espírita
44	M	Não-oriental	Não-FMUSP	Argentina (multiprofissional) Escola A (para médicos) Escola B (multiprofissional) Escola C (para médicos)	
45	M	Não-oriental	FMUSP	Escola A	
46	M	Oriental	Não-FMUSP	Escola A	Católica praticante
58	M	Oriental	FMUSP	Escola D (para médicos)	Protestante praticante
59	M	Não-oriental	FMUSP	Escola A	Judaica
60	M	Não-oriental	Não-FMUSP	Escola A	Católica praticante
62	M	Oriental	FMUSP	Escola na China	Protestante praticante
63	M	Não-oriental	FMUSP	Escola D (para médicos)	
64	F	Oriental	FMUSP	Escola D (para médicos)	Católica praticante
65	M	Oriental + não-oriental	FMUSP	Escola D (para médicos) Escola A (para médicos) Escola B (multiprofissional) Escola na China	

Quanto à religiosidade/espiritualidade, apenas quatro deles não mencionaram filiação ou prática religiosa, sendo que treze referiram professar religiões de matriz judaico-cristã, e oito se declararam praticantes. Suas práticas eram orientadas pela combinação da MOM com a MCC (podendo incluir outros conhecimentos como homeopatia e antroposofia), e suas fontes de informação incluíam o diálogo entre pares, com troca de informação; a literatura científica; os clássicos da MCC, no original ou traduzidos; a participação em congressos, cursos e palestras; o uso da internet, e, no caso dos chineses, também uso do conhecimento da cultura cotidiana adquirido entre os membros da colônia.

Não houve unanimidade entre esses médicos sobre a exclusividade da prática médica de acupuntura. Houve os que radicalizaram posição nesse sentido, mas também houve os que mantiveram flexibilidade em relação ao tema, ressentindo-se, entretanto, da ausência de regulamentação para a área [III.b.].

As estratégias terapêuticas utilizadas pelos entrevistados eram variadas, e a ideia mais difundida foi a do uso de conhecimento acumulado e observação (Benseñor et al., 2009), além de leitura crítica de estudos científicos, com base na elaboração de um diagnóstico e uma terapêutica que combinassem aspectos da MOM e da MCC. Considerando que, para esses profissionais, o propósito da medicina era tratar o paciente, visando a eliminar suas doenças, promover sua saúde e qualidade de vida e evitar sua morte, eles referiram procurar incrementar seu repertório terapêutico para atingir esse objetivo. Dessa maneira, houve os que combinassem acupuntura (agulhas – auricular, escalpeana, mão -, ventosas e eletroestimulação) com homeopatia e/ou antroposofia; os que combinassem acupuntura com massagem chinesa (tuiná) ou fórmulas fitoterápicas chinesas admitidas no mercado brasileiro como complemento alimentar pelo Ministério da Agricultura, e os que combinassem apenas a MOM com acupuntura. Nenhum deles utilizava terapêutica com moxa nos seus consultórios e a explicação para isso foi unânime: a artemísia tem um cheiro característico, parecido com a *canabis sativa*, sendo rejeitada por parte dos pacientes, e os consultórios não contam com sistema de exaustão que elimine a fumaça produzida pela terapêutica. Eles disseram orientar os pacientes para o uso da terapêutica em suas residências, mas não acreditavam que eles o fizessem pelos mesmos motivos do não uso em consultório.

Nenhum desses médicos deixava de prescrever fármacos ou cirurgias, quando considerado necessário, ou deixava de encaminhar pacientes para especialistas de outras áreas da MOM, quando se consideravam pouco habilitados diante de uma situação desconhecida. Se essa é uma atitude conscienciosa, também é um fator de proteção contra possível censura dos pares ou complicações judiciais por acusação de negligência médica, quando do uso de terapia não-convencional como a acupuntura, dada a não regulamentação da terapêutica (Akiyama, 1999).

Alguns desses médicos se ressentiam do distanciamento da indústria farmacêutica em relação a suas clínicas e congressos, pois não se consideravam

divergentes daquela. No entanto, reconheciam que a acupuntura fosse desinteressante para essa área da economia, pois, em algumas situações, prescindia de exames complementares e uso de fármacos.

Todos os entrevistados referiram uma relação de proximidade com seus pacientes, muita escuta e aconselhamento sobre hábitos de saúde. Apenas um desses profissionais mencionou o uso criterioso de substâncias farmacológicas (cortisona, xilocaína), associado ao agulhamento, em caso de necessidade.

Esses médicos demonstraram, portanto, uma sensibilidade distinta da imagem veiculada por seus críticos e à ideia de crise da MOM. É possível que a busca pelo aprendizado em acupuntura estivesse relacionado a essa sensibilidade, o que não deve ser interpretado como ausência dessa característica entre os praticantes da MOM. Exemplos disso são os grupos que defendem a promoção da saúde (Ischkanian, 2011) ou a chamada linha de humanização da saúde no interior da MOM (Teixeira, 2009).

I.b.	<p>Medicina...? Ocidental? E o que pratica. Então, uma das coisas que me levaram a fazer medicina chinesa foi quando, na minha especialidade, por exemplo, eu só tinha como opção anti-inflamatórios, hormônios e cremes vaginais. Eu achei: “Não é possível que a medicina seja só desse jeito!” Aí, de repente, a gente usava todos os cremes vaginais, e não tinha mais nenhum arsenal, porque nenhum deles funcionava. Daí, você vê que uma das coisas difíceis, essa leucorreia inespecífica, que ajuda muito com acupuntura, e cistite intersticial, que é muito difícil. Aquelas cistites de repetição. Com acupuntura, funciona muito bem.</p> <p>Na medicina ocidental, você vê muitas pessoas com ansiedade, com depressão, e você só ter como arsenal os antidepressivos, ansiolíticos. É muito interessante, quando você começa a ter essa convivência, nas palestras de congressos, a grande maioria das pessoas que receitavam muito, quando começa a fazer acupuntura, cada vez diminui mais, e, no fim, quase não receita mais, não só esses medicamentos como quase <i>todos</i> os medicamentos. (Entrevista 9)</p> <p>[...] Observei que muita gente se matricula e, ao longo do tempo, as pessoas começam a sair. A que você atribui isso?</p> <p>Acho que... Não sei te dizer. A minha turma começou com trinta, estava lotada. Foi diminuindo, diminuindo, diminuindo...</p> <p>Quando entrei, fiquei meio chocada, porque tinha pessoas... Elas queriam... Algumas queriam fazer acupuntura para fazer a prova de título, e conseguir o título. Essas continuam fazendo, para poder cumprir o horário. Tem que ter uma carga horária para fazer prova de título. Elas trabalham, já, nessa área. Outras pessoas, acho que estavam querendo mudar de área. E, não sei, acho que não era aquilo bem que elas gostariam que fosse ou o que imaginavam... Teve gente, também, que</p>
------	---

	<p>queria, para abrir clínica de acupuntura, para ganhar dinheiro. Tinha várias pessoas diferentes, e muitas desistiram.</p> <p>Essa sua turma deve estar com uns quinze, vinte alunos?</p> <p>Deve ter uns quinze. Da turma anterior, ficaram nove, mais ou menos. Ela começou com uns vinte... Parece que metade da turma acaba desistindo. (Entrevista 64)</p>
II.b.	<p>[...] No curso, por exemplo, havia pessoas eu me lembro bem, que já tinham feito curso de acupuntura em outros serviços. Traziam, então, elementos diferentes, também, de abordagem. Normalmente, elementos mais esotéricos da acupuntura, o que é uma coisa que não é, justamente, o âmbito, aqui, do serviço. (Entrevista 63)</p>
III.b.	<p>A gente não tem nada contra os colegas psicólogos, colegas enfermeiros. Eu acho que cada um tem a sua competência, sabe? Eu sempre falo isso. Minha filha, por exemplo, é fisioterapeuta. Ela me ajuda em toda parte, lá no consultório, em termos de tirar a agulha, orientar os pacientes das coisas todas, porque ela tem uma formação. Eu falei: “- Olha, faça pós-graduação em acupuntura. Você não sabe como é amanhã”. Qualquer coisa, se precisar... Porque, fisioterapeuta... Como ele vai fazer as coisas? Que alguém, algum médico encaminhe para ele fazer. Então, nessa área, se um dia ela precisar, se ela tiver interesse de fazer alguma coisa, eu estou por trás dela. Qualquer coisa, sou responsável por ela. Então, vou orientar, tudo. (Entrevista 7)</p>

4.2 Segunda parte: interpretações dos médicos entrevistados para o sistema circulatório da acupuntura no HC-FMUSP

4.2.1 MOBILIZAÇÃO DO MUNDO: rompendo barreiras internas – cursos, assistência em ambulatorios didáticos e protocolos de pesquisa

Esta estação aborda como os médicos acompanhados e entrevistados aprendem acupuntura, realizam seu trabalho e o interpretam. Pelo sistema latouriano, essa seria uma estação relativa às atividades internas dos estudos científicos, ou seja, a instância em que as investigações empíricas são realizadas. Para descrevê-la, bastaria identificar seus atores humanos e não-humanos e entender como a produção de conhecimento acontece. Ocorre que, no HC-FMUSP, não foi possível descrever um laboratório convencional. A mobilização do mundo não desvinculava ensino, assistência e investigação científica. Tudo caminhava junto. Os mesmos profissionais que ofereciam cursos e realizavam monitoria de estágios ambulatoriais estavam envolvidos em pesquisas científicas e aprendiam acupuntura enquanto pesquisavam

(espécie de formação continuada não estruturada). Além disso, realizavam assistência privada, conveniada ou pública em acupuntura.

Nessa estação, os temas destacados nos depoimentos dos médicos entrevistados foram: formação profissional; assistência ambulatorial; investigação científica, e mercado profissional (Figura 4).

4.2.1.1 Formação profissional

Na ausência de regulamentação para o ensino e prática de acupuntura no Brasil, não existe estimativa oficial do número de cursos ou de praticantes³¹ da terapêutica (CFM28/1995), o que resulta em um paradoxo: se, por um lado, isso permite a disseminação do conhecimento e universalização do seu uso por pessoas doentes, por outro, não existe controle mínimo da qualidade dos serviços prestados, o que oferece risco de banalização e desqualificação da assistência oferecida na área.

O acupunturista deve ser considerado de alguma maneira um generalista [I.c., II.c.], ou seja, “[...] deve ser dono de um repertório de conhecimentos tão respeitável como daquele de um intensivista ou qualquer outro especialista; [...] terá que ser um profissional muito bem preparado, extremamente versátil” (Kloetzel, 2006, p.132). Sua formação profissional é distinta das demais especialidades, pois ele pode ter outra especialidade em MOM, mas precisa ter algum conhecimento de todas as especialidades para realizar assistência à saúde de boa qualidade, além de ser adequado ter conhecimento em MCC, embora não obrigatório (Quadro 3, Parecer nº 11/2008). Os manuais e atlas de acupuntura são uma evidência disso. Obras citadas como referência pelos médicos entrevistados (Yamamura, 2009; Wen, 2008; Focks e Marz, 2007; Wang, 2005; Focks, 2004; Auteroche e Mainville, 2000; Nogier, s.d.), além das bases de consulta científica como PubMed e *Scientific Eletronic Library*

³¹ Em meados dos anos 1990, eram estimados 2.000 médicos para 20.000 não-médicos praticantes de acupuntura no país. É possível que essa proporção (1/10) seja mantida na atualidade. PC/CFM/Nº028/95. (http://www.portalmédico.org.br/pareceres/CFM/1995/28_1995.htm). Dillard e Knapp e Kalauokalani et al. mencionam a existência de 10.000 acupunturistas nos EUA para o mesmo período, um terço dos quais médicos. In: Dillard e Knapp (idem); Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ. A Comparison of Physician and Nonphysician Acupuncture Treatment For Chronic Low Back Pain. *Clinical Journal of Pain*. 2005;21(5):406-11. Na Noruega, são descritos 2.000 praticantes entre médicos e não-médicos, nesse período. In: Sagli G. The establishing of Chinese medical concepts in Norwegian acupuncture schools: the cultural translation of *jingluo* (‘circulation tracts’). *Anthropology & Medicine*. 2010;17(3):315-26.

Online (SciELO) (Duncan e Schmidt, 2006), apresentam informações sobre tratamentos de saúde e investigação científica em diversas especialidades. É possível que esse seja um dos motivos porque seu ensino e prática sejam disputados por diferentes profissões da área de saúde, fazendo parecer que essa é uma questão de difícil equacionamento.

Além de generalista, a formação em acupuntura tem sido historicamente multiprofissional [III.c.]. Há aproximadamente quarenta anos, eram poucas as escolas que ofereciam ensino em acupuntura. Os primeiros cursos eram livres e, entre os entrevistados, foi reconhecido que a primeira escola de acupuntura para não-orientais funciona desde os anos 1960, com oferta de cursos para alunos de perfil multiprofissional (pessoas da área médica e pessoas com ou sem formação na área de saúde) (<http://www.acupunturista.net/content/association/251/associacao-brasileira-de-acupuntura/>; <http://www.ceata.com.br/site/historico-acupuntura-no-brasil>), vinculados à Associação Brasileira de Acupuntura (ABA)³².

Na atualidade, há cursos de pós-graduação *lato sensu* oferecidos por médicos e para médicos em escolas que divergem entre si; cursos oferecidos por médicos e não-médicos para profissionais da área de saúde, e cursos oferecidos por não-médicos para quaisquer interessados. Há cursos estruturados em escolas oficiais ou privadas, e há cursos totalmente informais. No estado de São Paulo, não têm sido autorizados cursos de nível médio (técnico) pelo Conselho Estadual de Educação (CEE) (<http://www.ceesp.sp.gov.br/>), mas há estados brasileiros que contam com esse nível de formação, como o Rio de Janeiro (http://www.abacocba.org.br/pages/tec_acupuntura.asp) e Rio Grande do Sul (<http://www.pontodeluz.com.br/portoalegre/>).

Grupos de médicos reivindicam exclusividade no ensino pós-graduado e prática da terapêutica; grupos de médicos e não-médicos reivindicam a flexibilidade do ensino pós-graduado e prática para médicos e não-médicos da área de saúde; grupos multiprofissionais reivindicam o ensino em nível médio, e grupos de não-médicos chamados de leigos pelos demais – porque não têm formação básica na área

³² Em meio às disputas atuais em torno da acupuntura como ato médico ou não, vale mencionar que Silva admite ter tido formação básica ortodoxa em MOM pela Escola Paulista de Medicina, EPM-UNIFESP, mas formação em acupuntura nos cursos privados da ABA e do Center AO. In: Silva JBG. Avaliação do tratamento por acupuntura em ambulatório de Hospital-escola. Estudo de caso. [Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1999.

da saúde – reivindicam seu ensino e prática de nível médio ou superior. Considera-se que essa confusão possa comprometer a qualidade da formação profissional e da prática terapêutica.

Entre os médicos, parte da divergência gira em torno do núcleo conceitual que orienta o ensino e a prática da terapêutica (MOM, MCC, MOM+MCC). Segundo um dos médicos entrevistados, há vários estilos de acupuntura, mas não deveria haver desentendimento nem disputas entre as escolas para médicos. [IV.c.]. Esse problema parece ser amenizado parcialmente por meio da circulação de alunos de uma escola para outra e nos congressos da especialidade, quando as diferentes escolas se encontram necessariamente e trocam informação.

A divergência entre as escolas médicas envolve ainda a disputa em torno do pioneirismo³³ na oferta de cursos e assistência, e tradução das obras chinesas. Este é aspecto importante, pois cada escola alega ensinar a verdadeira acupuntura e fazer a verdadeira tradução do original. No entanto, são muito poucos os médicos que dominam o idioma chinês, o que não deixa de chamar atenção. Talvez esse seja o motivo porque um dos entrevistados considerou a transmissão oral do conhecimento mais fidedigna do que a leitura de livros sobre a matéria [V.c., VIII.c.], e também o alerta de médicos entrevistados a respeito da necessidade de normalizar os cursos de formação, ao menos para médicos, visando a que eles não cometam erros no agulhamento profundo (situação que caracterizaria a acupuntura como procedimento invasivo), e a que a formação seja continuada [VI.c.]³⁴.

A insegurança quanto aos conhecimentos transmitidos por meio de tradução pode ter sido uma motivação para que se desenvolvesse uma nova maneira de legitimar cursos de acupuntura na cidade de São Paulo: a formação de curta duração em território chinês. Iniciada por escola multiprofissional, essa estratégia tem contaminado o mercado de cursos, e já foi incorporada como diferencial no currículo do médico que pretende fazer a prova de Título de Especialista em Acupuntura

³³ Segundo Silva (idem), as atividades didáticas em acupuntura da Escola Paulista de Medicina tiveram início em 1993, com curso de especialização *lato sensu*. Já a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto teria criado um serviço de acupuntura anteriormente, em 1988, passando a oferecer curso de acupuntura na grade curricular da graduação a partir de 1997. Iorio (idem) considera pioneiros os cursos para médicos oferecidos pela escola Center-AO, a partir dos anos 1980, atualmente parceira da Escola Paulista de Medicina (EPM)-UNIFESP.

³⁴ No Reino Unido, a BMAS propõe recredenciamento de médicos acupunturistas a cada cinco anos (Baldry, idem).

(TEAC) do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA), documento exigido por parte da medicina de grupo para credenciamento de médicos [VII.c.].

Ao contrário do que se pode imaginar, isso aumenta a confusão (Akiyama, 2004) na área da acupuntura, pois, como acontece no Brasil, também na China há diferentes escolas, com uso de diferentes técnicas [VIII.c.]. Além disso, como são raros os profissionais não-orientais que dominam o idioma chinês, é reconhecido que existem cursos na China em que os profissionais não-médicos assistem a cursos rápidos, durante os quais não são autorizados a praticar em pacientes chineses [IX.c.]. Quer dizer, os certificados emitidos na China podem ter força apenas simbólica, pois não garantem aprendizado, seja por problema de tradução, seja por problema de formação incompleta.

Diferentemente dos cursos de curta duração, cursos de longa duração na China não se apresentavam como objeto de interesse por parte dos médicos entrevistados, à exceção de um. O desinteresse pode ser explicado pelo fato de esses médicos já terem carreira profissional estruturada no Brasil, situação que os impede de uma ausência prolongada do país.

Portanto, a acupuntura é generalista, tem sido multiprofissional e foi construída na cidade de São Paulo como uma profissão liberal³⁵ (Iorio, 2007). Talvez essa seja mais uma fonte de atrito entre os diferentes grupos envolvidos em seu ensino e prática, cada qual tendo que lidar com essa desacomodação do *status quo*. Na medida em que a acupuntura começa a ser incorporada à medicina de grupo e instalada no SUS, o mercado liberal da terapêutica vai perdendo pacientes. Não é interessante para alguns profissionais que isso aconteça.

³⁵ Schraiber menciona o desconforto de alguns médicos diante da relativa perda de autonomia profissional advinda do assalariamento do médico, massificação e institucionalização da medicina, e sua consequente visão depreciativa do Estado como produtor de políticas públicas consideradas responsáveis por essas mudanças na profissão. In: Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Revista de Saúde Pública. 1995;29(1):63-74.

Figura 4. Estação da mobilização do mundo (MM) aplicada aos ambientes de acupuntura estudados

Até aproximadamente os anos 2000 (Brasil, 2006), a acupuntura não integrava oficialmente a oferta de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), nem se encontrava disponível na medicina de grupo. Havia assistência eventual em ambulatórios didáticos de escolas privadas de acupuntura, gratuitamente ou de baixo custo, e alguma assistência em ambulatórios didáticos universitários. Isso mudou, e a busca pela terapêutica vem pressionando mudanças naquele quadro original. Operadoras de planos de saúde foram gradativamente incorporando a terapêutica em suas cartas de serviços, e o SUS começou a indicar ascensão de oferta de serviço na área (http://189.28.128.100/dab/docs/geral/anexo3_relgestao.pdf). No entanto, sob pressão do grupo de médicos exclusivistas, algumas operadoras de saúde e o SUS vêm restringindo a médicos o acesso de quadros profissionais, na cidade de São Paulo. No caso das operadoras de saúde, os grupos exclusivistas pressionam para que sejam credenciados apenas médicos que apresentem certificação reconhecida pelo CMBA. Isso pode limitar as possibilidades de outros acupunturistas terem acesso ao mercado de trabalho na área. Mesmo o médico que tenha realizado formação em acupuntura – em escola não credenciada pelo CMBA – e tenha experiência na área será obrigado fazer um novo curso para habilitar-se na especialidade, por meio de uma prova de conhecimento teórico-prático e de títulos (TEAC). No caso dos médicos que atuam como profissionais liberais, essa exigência de titulação é flexibilizada para aqueles que exercem a profissão há mais tempo [VII.c.].

No curso de especialização do IOTHC-FMUSP, o corpo discente era multiespecialista em MOM, mas a ênfase do ensino era nos quadros musculoesqueléticos e de dor crônica em particular, porque ele acontecia em ambiente relacionado a essas condições de saúde e porque esse era o atendimento comum em ambientes ambulatoriais (Martins e Nunes, 2009). No curso introdutório de acupuntura e na Liga de Acupuntura, o corpo discente era formado por alunos de medicina que ainda não fizeram opção por uma especialidade médica.

Durante as atividades de campo, foi observado que os cursos de acupuntura tinham início com turmas completas. No entanto, ao longo do tempo, ocorria uma redução das vagas preenchidas, o que, em um primeiro momento, pode levar a atribuir essa desistência a desinteresse dos alunos por conteúdos considerados áridos para os padrões ocidentais (aspectos do núcleo conceitual da MCC, como yin-yang,

cinco estações/movimentos/elementos), ou, ao contrário, pelo conteúdo mais científico do curso, considerado menos verdadeiro do que o oferecido por escolas consideradas mais na linha da MCC. Outra interpretação possível é a de que os cursos oferecidos nos ambientes acompanhados fossem uma intervenção técnica e política de seus idealizadores. Nesse caso, mesmo a não conclusão do curso oferecia aspecto positivo, pois os alunos teriam tido contato com a acupuntura, teriam verificado os benefícios da terapêutica e, quando em sua própria prática profissional, estariam familiarizados com ela, passando a indicá-la no tratamento de algumas enfermidades [X.c.], tal como discutido por Akiyama (2004).

Por exemplo, o curso de especialização em acupuntura para médicos oferecido no IOTHC-FMUSP teve início com trinta alunos e, após dois anos, foi encerrado com aproximadamente doze. O curso optativo de introdução à acupuntura foi oferecido a alunos de 3º e 4º anos de medicina, os quais faziam prática da terapêutica na Liga de Acupuntura instalada no ambulatório do IOTHC-FMUSP. As atividades começaram com quarenta alunos e se encerraram com aproximadamente sete. Trata-se de um curso de curta duração (um semestre), durante o qual os estudantes aprenderam rudimentos de agulhamento. No entanto, isso não era visto como um aspecto negativo, pois era considerado que essa experiência era realizada para sensibilizar o estudante de medicina, ou seja, tornar os futuros médicos aliados da terapêutica. Nesse caso, a mobilização do mundo contribuía para a autonomização (convencimento dos colegas) da acupuntura.

Considerando a preocupação de Akiyama (2004) apresentada na INTRODUÇÃO a respeito da necessidade de os médicos se familiarizarem com as MCAs, esses cursos poderiam ser considerados uma maneira de promover aquela sensibilização. Outra maneira de fazer isso, proposta por Akiyama e, quem sabe, mais consistente, seria incluir conteúdos das MCAs na grade curricular dos cursos oficiais de medicina. Indo além, poderia ser levada em consideração a criação de um departamento ou instituto de MCAs ou de MCC que pudesse estruturar não apenas a formação em acupuntura, como em outras terapêuticas complementares ou alternativas.

Sobre esse assunto, os médicos entrevistados apresentaram opiniões diferentes, não necessariamente divergentes. Se houve os que concordassem com a

inclusão da acupuntura na formação médica geral [XI.c.], houve quem considerasse isso desnecessário [XII.c.].

Quanto à formação continuada em acupuntura, ela ainda não é obrigatória³⁶. É estimulada por meio dos congressos, cursos e *workshops*, tanto para médicos como para não-médicos. No entanto, a atualização profissional depende ainda da curiosidade e/ou sensibilidade de cada acupunturista.

I.c.	<p>[...] na nossa escola, ele [professor] enfatiza que você tem que tratar o sintoma e a raiz. Só que não se dá tanta ênfase em se dizer que você está tratando a causa da doença. A raiz é a causa.</p> <p>Quando nós tratamos a lombalgia, por exemplo, um dos pontos distais é bexiga 60, ou bexiga 40, ou rim 3. Depois, trata localmente, que é bexiga 23 ou 25. E bexiga 23... Na medicina chinesa, problema de coluna é problema do rim. Sem dar ênfase, nós estamos tratando o rim também. A gente vê o que está realmente incomodando mais. E, ao mesmo tempo, a gente está também melhorando a causa. Só que não se alardeia dessa maneira. (Entrevista 9)</p>
II.c.	<p>[...] eu acho que não existe uma uniformidade no procedimento. Tem acupunturista que leva ao pé da letra e, às vezes, sai fora da realidade. Tem acupunturista que ainda não entendeu bem essa situação, do ser humano, o indivíduo no contexto que ele vive. Ainda tem muito da medicina especializada. Quer dizer, o do especialista, que só vê aquele pedaço do indivíduo, e vê só aquela doença. O que a medicina chinesa transmite é justamente isso: a abordagem holística. Muita gente ainda não... Mesmo praticando acupuntura, ele não tem uma abordagem holística. (Entrevista 43)</p>
III.c.	<p>O que se pratica em São Paulo, nessa área?</p> <p>Pratica-se de tudo. Acho que as pessoas fazem agulhamento, fazem moxa, fazem ventosa, fazem sangria, usam ervas, fazem fitoterapia. Tem médicos que fazem, tem não-médicos; tem pessoas da área da saúde e pessoas que não são da área da saúde. Tem pessoas ligadas à parte de artes marciais, também, que fazem. Acho que tem de tudo. (Entrevista 64)</p>
IV.c.	<p>Eu acho que a acupuntura, provavelmente, saiu da China, como toda cultura do oriente foi influenciada pela cultura chinesa. Só que, como é uma história de milênios, a acupuntura coreana desenvolveu. Tem a acupuntura japonesa, que desenvolveu outro ramo. Vietnamita também. Começou ali, mas todos fizeram seu ramo, cada um foi se desenvolvendo. Tem teorias, tem técnicas que cada um, cada mestre, cada indivíduo acabou desenvolvendo, e aparecem várias técnicas. Aí, cada um quer ser o dono da verdade. Mas acho que...</p> <p>Isso acontece também no Brasil? Ela ganha uma feição própria?</p>

³⁶ No Reino Unido, onde a acupuntura passa por processo de regulamentação, a educação continuada é estimulada, visando à revalidação periódica da licença para prática da terapêutica. In: Tait J, Cummings M. Education, training and continuing professional development in medical acupuncture. *Acupuncture in Medicine*. 2004;22(2):75-82. No Brasil, esse processo tem sido promovido pela Comissão Nacional de Acreditação (CNA), desde 2006 (www.cna-cap.org.br).

	<p>Também no Brasil pode acontecer que um ramo da medicina chinesa, ou essa técnica, apareçam algumas técnicas, algumas condutas que sejam diferentes das de origem. Vai acrescentando conhecimento de um, conhecimento de outro, técnica de um, técnica de outro. Daqui a pouco... Embora as raízes sejam as mesmas, algumas coisas podem mudar. Nós temos isso, alguma coisa está mudando. A gente, no HC, segue essa linha, usa vários conhecimentos. Agora, tem gente que ainda está engessado na tradicional chinesa, nos textos antigos. E, às vezes, saem coisas fora de série.</p> <p>Por exemplo?</p> <p>Coisas que não têm pé nem cabeça. [riso] Em [nome de cidade], a gente vê um sujeito que está em uma situação de comando, que você fica desanimado. “- Para fazer acupuntura tem que ser técnica de fulano”. Espera aí! Fulano faz isso, isso. Mas é uma das técnicas. Tem algumas situações que é muito bom; em outras situações, não funciona. Outra funciona melhor. É como fala: “- Um antibiótico tem que usar para tal coisa. Não pode usar outro antibiótico”.</p> <p>Mas isso, um gestor?</p> <p>Gestor! (Um gestor de saúde pública?) Proíbe fazer outros tipos de técnicas, porque ele não acredita. (Como ele fiscaliza isso?) Governo, faz o que você quiser. (Entrevista 43)</p>
V.c.	<p>[...] Os livros de acupuntura são problemáticos, porque são todos traduzidos. Essas traduções são problemáticas, porque o original chinês, que é ideal, tem muito viés de tradução. Porque tem a questão cultural, da China de quatro mil anos atrás. Então, uma grande vantagem do grupo é essa. Eu não preciso ler o livro. Quer dizer, eu convivo com as pessoas que leem o original. (Entrevista 63)</p>
VI.c.	<p>Na sua opinião, em que estágio de estabelecimento está a medicina chinesa em São Paulo?</p> <p>Muito pequeno. (Em que sentido?) Eu sempre faço uma proporção de formação. A minha turma, quando comecei, tinha 76 [alunos]. Ao longo do tempo, ficamos três para monitores. E, ao longo do tempo, só fiquei eu.</p> <p>Os outros simplesmente abandonaram?</p> <p>Não vieram mais aqui. Nem em congresso. (Nem em congresso. Mas fazem medicina chinesa?) E também não vão em outra escola. Estacionaram. Se você estaciona, perde a oportunidade de poder reciclar.</p> <p>Tem muito esse comentário: “- Vou fazer acupuntura porque, quando ficar mais velho, vou deixar minha especialidade ocidental para fazer a oriental”. Isso não é motivo para você praticar medicina oriental. Você vê, a formação do profissional que, muitas vezes, encara isso, é muito ruim. Essa parte de reciclagem, considero que é tanto quanto ruim a quantidade de profissionais estavam se formando dentro da medicina oriental. Se formassem mais profissionais que tivessem mais interagido com a reciclagem e com o aperfeiçoamento, a qualidade seria muito melhor.</p> <p>[...] Em que sentido?</p> <p>Você imagina, de 76 ficar um? A ideologia é muito ruim! Onde esses outros 75 estão? Se você for ver, onde recicla? Como você continua praticando uma coisa que você não recicla? (Entrevista 60)</p>

VII.c.	<p>[...] Outra coisa que estou deverdor é prestar a prova de título. É o TEAC, Título de Especialista em Acupuntura. Existe essa prova. Para quem já exerce há muito tempo – eu tenho esse curso há muito tempo – não é tão exigido. Mas dizem que os convênios vão começar a exigir isso, até porque acupuntor, qualquer um vai lá, faz o curso e se torna acupuntor. Os convênios querem restringir o número de pessoas que fazem, por causa de custos. Vão restringir a pessoas que tenham formação. (Entrevista 63)</p>
VIII.c.	<p>E como é, de verdade, lá?</p> <p>Eu tinha muita dúvida, na verdade, porque, como disse, tinha aprendido muita coisa de orelhada. Eu não tinha, nunca, lido nenhum livro sobre medicina tradicional ou acupuntura. Eu sempre aprendi como os alunos aprendem aqui, de experiência. O professor vai, te fala, te explica, tudo verbalmente, ou no máximo, você lê uma apostilinha. Eu tinha muita dúvida de sabre se era isso, realmente, que... Se a gente não estava recebendo uma informação meio “telefone sem fio”. Seria um telefone sem fio [risos] bem alterado, porque é do outro lado do mundo, não é? Então [risos], você está recebendo as coisas de orelhada, assim... Sempre tive muita dúvida se era realmente aquilo que eles faziam lá, a gente estava fazendo aqui. Fui para lá.</p> <p>Lá, descobri que eles dão <i>muito</i> valor aos livros antigos, aos livros clássicos. O Clássico da Medicina Interna do Imperador Amarelo é utilizado como livro texto na faculdade. Isso foi uma das coisas que me impressionaram. Eles mantêm os livros que foram considerados seminais da medicina tradicional. Hoje em dia, ainda são lidos na faculdade.</p> <p>Quanto à acupuntura que a gente aplica aqui, para dor, é exatamente a mesma coisa. Tem muita variação de técnicas; você tem um resultado compatível entre o que a gente consegue fazer aqui, o que eles conseguem fazer lá. Algumas coisas que eles fazem lá a gente não costuma fazer aqui, e algumas coisas que a gente faz aqui, também eles não fazem lá, mas não é o grosso. O grosso, na sua maioria, acaba sendo bem similar. Um ou outro professor se destaca, você tem alguns mestres na China, que são realmente aquela coisa que a gente imagina de um mestre chinês: aquele senhorzinho de barbinha branca compridinha, meio rala [riso], que é extremamente respeitado na faculdade, extremamente respeitado no hospital, tem a sua experiência, agulha do seu jeito, mas...</p> <p>Sem formação ocidental?</p> <p>Sem formação ocidental alguma.</p> <p>Outros com formação ocidental?</p> <p>A maioria. A maioria deles já tem conhecimento de medicina alopática, e, especialmente, de recursos diagnósticos: tomografia, ressonância, exame de sangue, diagnósticos por imagem e por exames. Isso, na medicina tradicional chinesa, não existe. Na medicina tradicional chinesa tem a propedêutica através do pulso, da língua, da face – coloração do rosto: está mais vermelho, mais amarelo, você consegue dizer como está o <i>qi</i>. São recursos extras que a gente não tem na nossa medicina e, ao mesmo tempo, eles estão se apropriando dos recursos que a gente tem, que são os exames de imagem, os exames de sangue. (Entrevista 65)</p>
IX.c.	<p>[...] Na China, você tem duas formas de ser médico acupunturista. Ou você faz a faculdade de medicina tradicional chinesa, viés ou especialização em acupuntura... Porque tem o mesmo curso, viés especialização para fitoterapia, viés especialização para tuiná.</p>

São três cursos diferentes: acupuntura, fito e tuiná?

Isso. Só que é assim, se você faz o curso de fito, aprende rudimentos de acupuntura e tuiná; se faz acupuntura, aprende rudimentos de fito e tuiná, e assim por diante. Essa é uma forma: faculdade de medicina tradicional chinesa, que é de cinco anos, seja a área que você escolher.

A outra forma de ser médico acupunturista lá, é fazer o curso da medicina ocidental feito lá, e faz a especialização em acupuntura, que são três anos. Porque, nessa faculdade de cinco anos, dois anos para cadeiras básicas, tanto para MTC quanto para a ciência ocidental: química, anatomia, biologia etc. E três anos na área de especialização que você vai fazer, que é acupuntura, fito ou tuiná. Se você faz a faculdade de medicina, são três anos para se especializar... Fica uma formação mais longa, de oito anos. É como se fosse a residência. Fazer a residência em acupuntura, ou fito, ou tuiná.

Então, na escola de medicina tradicional também existem as disciplinas...?

Existem as disciplinas básicas (**Da medicina ocidental?**) Algumas, como anatomia, fisiologia. E tem as básicas *também* da MTC. Os três últimos anos são curso voltado para a prática clínica daquela especialidade.

Curso técnico tem, em acupuntura, lá?

Então, não tem mais. (**Não tem mais?**) Não tem mais. Antigamente, tinha formação do técnico em acupuntura, e existiam os tais de médicos de pés descalços. Isso não forma-se mais, hoje, é só médico, na China. *Chinês*, só médico faz acupuntura. Agora, se você for um estrangeiro, querer fazer um curso de acupuntura na China, e não for médico, faz também. (**Interessante! Curioso.**) É. Curioso e terrível. Basta pagar.

Basta pagar? Para o público interno é exigida uma formação de longa duração (Isso.) e, para o público externo, pode ter uma formação de curta duração?

Você vai lá e compra... Você vai, por exemplo. Quando estive lá, tinha outros cursos... Porque a gente fez um curso de trinta dias, e estágio, ao mesmo tempo, no hospital, nesse período, sendo que a gente circulou por três hospitais. Agora, na escola, na parte teórica, tinha sala com... A nossa sala era fechada para esse grupo de dez médicos que foi para lá. Mas tinha sala que tinha misto: médico e não-médico, misturado, do mundo inteiro. No mesmo grupo, tinha um médico da Alemanha, um fisioterapeuta de outro lugar, e outro, que não era nem *nada* da área de saúde, fazendo também o curso de acupuntura.

Um comentário, que deu para notar... [...] Quem não tinha formação médica, no estágio, não podia agulhar. A gente, eles deixavam atender os pacientes. A gente punha agulha nos pacientes. Os outros, só assistiam.

Mas, aí, ele faz um curso teórico?

É, faz um curso teórico. Esses cursos são perigosos, quando entram no *currículo* da pessoa. Curso na China! E vem curso de três meses. Curso de três meses, dentro de que contexto? O estágio prático ou só a teoria...? Não significa nada. (**Não faz essa distinção**) Exatamente. Para gente que já tinha formação. Era formado em acupuntura aqui. Vai para lá, vai conhecer métodos, ver como é aplicado, de que maneira eles abordam as enfermidades, isso acrescenta para você. Agora, você vai lá para *aprender* acupuntura. Em um mês, três meses, não aprendeu nada.

	<p>E não aprendeu a agulhar? E não aprendeu a agulhar. (E voltou com o certificado?) E voltou com o certificado da China, onde nasceu a acupuntura. Aqui em São Paulo tem uma empresa que só faz viagens para curso de acupuntura lá.</p> <p>Uma empresa de turismo? É uma empresa que faz essa atividade de turismo, só que ligada a um instituto para ensino de não-médicos, aqui.</p> <p>E eles vão fazer esse curso teórico, e voltam com o diploma...? E voltam com esse diploma, como um estágio, como um curso complementar na China. (Entrevista 44)</p>
X.c.	<p>Mais uma dúvida em relação a isso. [...] esse é um dos cursos optativos mais concorridos. (Provavelmente, é o mais procurado.) O mais procurado. Eu acompanhei uma turma que começou com uns quarenta alunos, mais ou menos, e terminou com sete, que entraram para a Liga. Esses 32 fizeram algumas aulas e aplicaram algumas agulhas em algumas pessoas. Não existe o risco de isso ter uma continuidade? Eles continuarem aplicando agulhas em algumas pessoas? Por que, risco? Eu diria que eles aumentaram o arsenal terapêutico.</p> <p>Mesmo os que não foram até o fim? Todos vão até o fim. Na verdade, o curso tem duração de um semestre. Acabou o curso, cada um vai para o seu lugar. Aquelas pessoas que têm tendência de fazer algumas especialidades dentro da especialidade médica, e que têm uma proximidade maior com a acupuntura, acabam ficando na Liga, são pessoas que têm tendência para fazer fisioterapia, pessoas que querem fazer, por exemplo, ortopedia, medicina do esporte; alguns médicos que querem fazer neurologia.</p> <p>[...] Outra coisa. Esses alunos que terminaram o curso, eles podem agulhar os pacientes. A rigor, você, sendo formado no Brasil... Esse é um ponto que nós, educadores, estamos lutando para corrigir a história. É que o camarada que se forma na medicina, recebe o CRM. Em tese, ele pode fazer o que quiser, sem ter tido nada de especialização, nada de treinamento. Então, boas escolas médicas, em que há o internato bom, você ainda pode esperar coisas razoáveis. Mas tem escolas que sequer têm hospital para praticar, e eles terminam o quarto ano, são soltos para procurar estágios por aí, sem supervisão nenhuma. E eles saem com CRM. <i>Esses</i> é que a gente tem que temer, não o aluno nosso que sai, e sabe alguns pontos.</p> <p>Aqui são passados pontos essenciais. Se ele quiser agulhar um paciente, ele tem a plena consciência se pode ou não pode fazer, e até onde ele pode fazer, sem ser da especialidade. Agora, é um semestre de curso. Quando o aluno quer ser médico especialista em acupuntura, ele não precisa fazer residência de acupuntura. Ele pode fazer outra especialidade, vir fazer nossos cursos de especialização, e passar no exame de especialidade. (Entrevista 58)</p>
XI.c.	<p>[...] todo médico deveria estudar acupuntura, não para ser acupunturista, mas, pelo menos, para entender e, muitas vezes, tirar da lição alguma linha de pesquisa para ele mesmo. Acredito que sim, porque tem muita coisa descrita como fruto de observação. Observação de milênios, e que, muitas vezes, pode ser uma dica para uma linha de pesquisa. (Entrevista 43)</p>

XII.c.	<p>Acho que a acupuntura, na faculdade, não é uma cadeira, não é um curso. Talvez, se a gente conseguir implantar, partindo do ponto de que já é uma residência, já é uma especialidade, e conseguir trazer esse ensinamento mais para o início; você ter um curso de acupuntura no terceiro ano da faculdade, com aula na faculdade...</p> <p>Na grade obrigatória, você diz? É. Aí, você conseguiria trazer todas essas histórias, trazer sua experiência, mostrar o seu trabalho, tanto de como montaram as associações, como o ensinamento foi trazido do oriente para cá. Mas, atualmente, a gente não tem espaço, ainda, para isso, e...</p> <p>Público para isso? Dentro da faculdade?</p> <p>Você acha que haveria interesse dos alunos, dos médicos, dos pesquisadores? Interesse há, [...]. Tem interesse, mas não é uma coisa que você diria ser absolutamente necessária para a formação de um médico. Acupuntura é e sempre vai ser uma técnica complementar. Você não precisa que todos os médicos saibam, da mesma maneira que você precisa que todos os médicos saibam sobre Pasteur, sobre como foi feita a descoberta da penicilina. Não é todo médico que vai usar. Mas todo médico, em algum momento, vai prescrever um antibiótico. (Entrevista 65)</p>
---------------	---

4.2.1.2 Assistência ambulatorial

Parte considerável das atividades de campo deste estudo consistiu em acompanhar a assistência ambulatorial em acupuntura em quatro ambientes diferentes: três ambulatórios didáticos, sendo um em escola privada de naturopatia e dois no IOTHC-FMUSP; um serviço público de saúde, e um ambiente de produção de conhecimento científico na área. Apesar das especificidades de cada um deles, pôde-se observar que o perfil do paciente desses ambulatórios era muito semelhante. Adultos, com idade acima de quarenta anos, com predomínio de mulheres e quadros de dor crônica, inespecífica em alguns casos. Também foi observado que, nesses casos, os pacientes assistidos recebiam um tratamento que, em medicina preventiva, é denominado de prevenção terciária, ou seja, que visa à “[...] reabilitação e a prevenção de complicações em indivíduos já doentes” (Schmidt e Duncan, 2006, p.54). No entanto, existem mais três níveis de prevenção: a chamada prevenção primordial, cujo exemplo mais simples são as campanhas de combate ao

sedentarismo para a população em geral; a prevenção primária, segundo o exemplo anterior, implicaria em recomendar atividades físicas e dietéticas a pessoas obesas sem manifestação de doenças, e a prevenção secundária, que pode ser colocada em ação quando a doença instalada ainda é assintomática.

Kloetzel (2006) considera que a assistência ambulatorial é a que mais caracteriza a atividade profissional dos médicos, embora ainda exista uma valorização expressiva do ensino em hospital-escola com ênfase para doenças raras e patologias exóticas. Por conta da prevalência do atendimento ambulatorial, o autor considera que o médico deva *agir com simplicidade* (não tentar encontrar uma doença rara em sintomas simples), mas *pensar complicado* (manter contato com o paciente e tomar providências, caso os sintomas não apresentem remissão espontânea em um período determinado e mereçam novas considerações).

Nos anos 1970, Mahler (1978) fazia a crítica do modelo de ensino médico focado na doença e na tecnologia para lidar com a saúde dos pacientes. Oliveira e Pellanda (2006, p.125) chamam atenção para o fato de que a “[...] abordagem médica clássica, por exemplo, baseia-se em um modelo estritamente biomédico [alteração existente + agente etiológico], estando relacionada a dois conceitos fundamentais, que são a doença e o diagnóstico”. No entanto, esses autores consideram que as abordagens contemporâneas buscam uma visão mais ampla do paciente, considerando suscetibilidade individual, aspectos sociais e ambientais. Os autores dão a essa abordagem o nome de visão holística do paciente.

A despeito de possíveis diferenças entre uma e outra abordagem, ambas têm como ponto central a relação terapêutica. Havendo boa comunicação (confiança e empatia) entre o profissional e seu paciente, maiores as oportunidades da obtenção de resultados clínicos favoráveis.

A consulta ambulatorial apresenta cinco aspectos: a construção da história do caso, o exame físico, o estabelecimento de um ou mais diagnósticos, uma previsão do prognóstico e a decisão terapêutica. O tempo de duração desse encontro é elástico, podendo ser de dez minutos (Inglaterra) ou mais (dezoito a 21 minutos nos EUA; quinze minutos no Brasil) (Oliveria e Pellanda, 2006). Da mesma forma, a frequência de encontros terapêuticos é definida pelo médico, mas pode sofrer alterações de acordo com as necessidades do paciente.

Durante as atividades de campo, foi verificado que a duração média de uma sessão de acupuntura era de vinte minutos, tanto nas clínicas públicas quanto na particular (embora esta estendesse o atendimento até uma hora, devido ao uso combinado de outras estratégias terapêuticas da naturopatia). Já as consultas eram mais prolongadas. As consultas acompanhadas ocorriam no grupo de investigação científica, posto que, nos ambulatorios didáticos, os pacientes chegavam diagnosticados. Nas consultas acompanhadas, o primeiro encontro com o paciente não durava menos de uma hora.

Enquanto relata sua história, o paciente transmite informações verbais e não verbais; pode ocultar informação ou cometer exageros (Kloetzel, 2006). No exame físico, o profissional agrega informações que comporão o repertório para construção de um diagnóstico. Referindo-se a estudo de Morrel (1972), Kloetzel (2006) define três níveis de diagnóstico, o *sintomático*, o *provisório* e o *presuntivo*, esclarecendo que, por não ser uma ciência exata, a medicina conta com a possibilidade de revisão ou modificação de conduta. Kloetzel chama atenção para o fato de que essa classificação considera que o médico trabalha com probabilidades, e que 80% a 90% das situações experimentadas em assistência ambulatorial resultam em remissão espontânea. Por esse motivo, o médico deve utilizar a estratégia da *demora permitida*, ou seja, colocar em prática a máxima do *agir com simplicidade*, mas *pensar complicado*, acompanhando a evolução gradual do quadro clínico do paciente.

Schmidt e Duncan (2006) apresentam três formas de raciocínio diagnóstico: causal, probabilístico e determinístico. Segundo os autores, a forma causal ou *estratégia diagnóstica hipotético-dedutiva* repousa no levantamento de hipóteses diagnósticas iniciais e é fundamentada nos conhecimentos clínicos e fisiopatológicos sobre uma determinada doença. O apoio de exames complementares poderá ser dispensado em duas situações: quando a especificidade ou a sensibilidade alcançada pelos dados clínicos for muito alta. A forma probabilística contrapõe as informações clínicas a um espectro de probabilidades dividido em três zonas – baixa probabilidade, média probabilidade e alta probabilidade. Quando as evidências apontam para um dos extremos do espectro, ou é desnecessária maior investigação sobre o diagnóstico levantado, ou é indicado tratamento imediato [I.d.]. A zona

intermediária requer investigação adicional. São sugeridos exames complementares para fechar o diagnóstico e é observada a evolução do quadro do paciente. No caso do raciocínio determinístico, as evidências do quadro são tão claras que o diagnóstico é feito instantaneamente.

Deve-se ainda chamar atenção para o papel coadjuvante dos exames complementares na elaboração do diagnóstico (Alves, 2007; Kloetzel, 2006; Schmidt e Duncan, 2006). Como informam Kloetzel (2006) e Schmidt e Duncan (2006) esses exames têm sido privilegiados na prática ambulatorial, mas apresentam problemas de sensibilidade (falsos positivos) e especificidade (falsos negativos) que podem mais atrapalhar do que ajudar na definição do diagnóstico e na escolha terapêutica. Kloetzel dá o exemplo da lombalgia (Alves, 2007), considerando que para alguns quadros, o médico trabalha com *síndromes*, evitando falar em doença.

A imprecisão dos exames complementares já é notória, a causa anatômica em estimados 80 [sic] a 90% dos portadores de dor lombar aguda permanecendo ignorada. Assim, muito a contragosto, em vez de um diagnóstico etiológico razoavelmente preciso, em vez de raciocinar em termos de uma *doença*, somos forçados a nos contentar com a lombalgia enquanto *síndrome* (Kloetzel, 2006, p.140).

Estabelecido o diagnóstico, cabe escolher uma estratégia terapêutica, visando a um prognóstico favorável. A escolha da melhor estratégia terapêutica deverá levar em conta um “[...] balanço adequado entre benefício e risco/custo, julgado a partir de evidências clínico-epidemiológicas” (Schmidt e Duncan, 2006, p.50).

Analisando a acupuntura à luz dessas informações, é possível considerar alguns aspectos de sua dinâmica. Primeiramente, a consulta de um acupunturista segue os mesmos aspectos de uma consulta de um médico convencional – história, hipótese diagnóstica, prognóstico e escolha terapêutica [II.d.]. A construção do diagnóstico pode ser feita segundo as três formas apresentadas por Schmidt e Duncan (2006) ou os três níveis de Morrel (1972), mas deve-se levar em conta algumas especificidades. O núcleo conceitual (MCC) que orienta a prática da(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil conta com um repertório de condições de saúde diferente da MOM, e não conta com exames complementares [III.d.]. Quer dizer, a acupuntura trabalha naquela zona de certeza e probabilidade de sintomas, e com a

ideia de síndrome que dão conta de parte considerável dos quadros de enfermidade em geral (Kloetzel, 2006), embora os entrevistados não tenham refletido sobre essa semelhança com a MOM [IV.d.].

Objeto de interesse científico desde o século 19, a acupuntura conta com o suporte de evidências, mas inconclusivas em alguns casos (Nordon e Gianini, s.d.). Portanto, seu diagnóstico precisa ser construído com o máximo de certeza. No caso de dúvida, amiudar os encontros terapêuticos pode ser interpretado como um caminho viável para obter mais informações sobre o melhor diagnóstico, e modular/alterar a terapêutica em busca do prognóstico mais positivo. Como observado anteriormente, esse acompanhamento da evolução do quadro do paciente é chamado pela MOM de *demora permitida* (Kloetzel, 2006). Considerada dessa maneira, a frequência de encontros terapêuticos em acupuntura também pode ser elástica. Durante as atividades de campo, foi observado que a prática mais comum entre acupunturistas era de sessões semanais de acupuntura, sendo que, em alguns casos, considerava-se que o ideal seriam duas ou mais sessões semanais. No entanto, também foram observadas sessões quinzenais e com intervalos de três semanas em alguns ambientes. Tal dinâmica da terapêutica pode influir para maior nos custos de sua implantação e uso pelo SUS no curto prazo, com compensações em médio e longo prazos (menos uso de fármacos, menor pressão sobre o nível terciário). No entanto, deve-se considerar que o objetivo final é a saúde e a qualidade de vida dos pacientes.

Devem ser observados os benefícios dos estudos científicos e até mesmo dos exames complementares à acupuntura como suporte à elaboração de diagnósticos e escolha de estratégias terapêuticas nos casos de dúvida diagnóstica, para antecipar decisões, quando possível, e isso só pode ser proporcionado por meio da combinação de seus núcleos conceituais: MCC+MOM [V.d.] (Pai, 2005; Silva, 1999; Farber, 1997). Nesse caso, seria forçoso considerar que os médicos teriam preeminência em sua prática, não necessariamente porque detivessem mais conhecimento do que outros profissionais de saúde acupunturistas ou outros acupunturistas para tratamento dos casos mais simples, mas porque detêm a prerrogativa da prescrição de exames complementares, de remédios, além dos tratamentos não conservadores como o

cirúrgico [VI.d.], nos casos mais complicados. E mais, são profissionais legalmente habilitados para cuidar da saúde das pessoas (Akiyama, 2004; 1999).

A despeito dessas reflexões, o que se observou nos depoimentos dos médicos entrevistados foi uma confusão a respeito da maneira como lidar com os dois núcleos conceituais. As semelhanças entre MCC e MOM na prática médica não foram consideradas em termos teóricos e, paradoxalmente, o que predominou foi uma ideia de irredutibilidade entre elas [VII.d.].

Pensar em termos de irredutibilidade entre MCC e MOM parece uma armadilha. Se cada um dos núcleos conceituais trabalha com um repertório de diagnósticos, cada um deles responde bem àquela zona de certeza ou quase certeza identificada por Kloetzel (2006) e Schmidt e Duncan (2006). Qual é a zona de segurança de um diagnóstico? O que acontece quando médicos ‘erram’ o diagnóstico de seus pacientes? [VIII.d.]. Quer dizer, a assistência em saúde não é meramente uma questão técnica. O que está em jogo, na prática da medicina e da acupuntura não parece ser a elaboração do diagnóstico, pois ele é uma construção no tempo e na evolução do quadro do paciente. A questão a ser respondida seria: quem se responsabilizará pelo tratamento de saúde como um todo, como já alertou Akiyama (2004)? Essa é uma questão política. Está em pauta a necessidade de regulamentação da prática da acupuntura, não exatamente para restringir seu ensino e prática para uma categoria profissional, mas para atribuir níveis de complexidade dos tratamentos e de responsabilidade para quem ensina, pratica e recebe a terapêutica, levando em conta que a área da saúde é fruto de experiência e observação, com o suporte da ciência e da tecnologia, e deve ter o paciente como objeto de interesse.

Um segundo aspecto a considerar sobre esse tema diz respeito à ideia de a acupuntura ser uma terapêutica holística nos termos da MCC [IX.d.], no sentido de levar em conta aspectos individuais, sociais, culturais e ambientais na assistência à saúde (Iorio, 2007; Knauth e Oliveira, 2006). No entanto, Oliveira e Pellanda (2006) informam que as abordagens contemporâneas da MOM também são holísticas. Além disso, a MOM também considera quadros sindrômicos (Kloetzel, 2006), ou seja, é importante questionar a ideia de irredutibilidade entre um e outro núcleo conceitual na prática de assistência à saúde.

O terceiro aspecto a salientar é o de que a acupuntura não é MCC. É uma estratégia terapêutica da MCC que ganhou maior aceitação no ocidente do que outras daquele núcleo conceitual. Os motivos para isso podem ser diversos – obstáculos impostos pelo Ministério da Saúde e suas agências no uso de fitoterápicos, desconhecimento de certas terapêuticas e preconceito em relação a outras [X.d.]. Também é possível que a acupuntura seja bem aceita por reproduzir o modelo vertical de relação profissional-paciente, em que o primeiro é considerado detentor do conhecimento e ativo, enquanto o segundo acolhe a proposta terapêutica e a recebe de maneira passiva (Moraes, 2007).

Para concluir esse item, a acupuntura é tomada como uma terapêutica preventiva, conforme apresentado na INTRODUÇÃO. Considerados os níveis de prevenção, é possível verificar que a literatura estudada sobre a(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil dá mais ênfase à prevenção primária (P1) e secundária (P2), em detrimento da terciária (Souza e Luz, 2011; Tesser, 2009; Tesser e Luz, 2008; Luz, 2007; Luz, 1996a; Luz, 1996b; Luz, 1993a; Luz, 1993b; Luz, 1993c; Marques, 1993), daí a confusão em torno da ideia de que a acupuntura funciona para equilibrar energia e tratar de pessoas saudáveis. Não obstante, a terapêutica é transversal a todos os níveis de prevenção, podendo ser a terapêutica principal, em alguns casos, e a complementar em outros (Pai, 2005).

Uma das contribuições da acupuntura à MOM é que ela consegue dar uma resposta diagnóstica e terapêutica nas situações em que a MOM apresenta seus “desconhecidos desconhecidos” (Schafranski, 2011) [XI.d.]. Outra vantagem é que ela contribui sempre, de alguma maneira, para proporcionar melhora nos pacientes, embora seja acupuntor-dependente [XII.d.], ou seja, não é garantido que ela vá produzir benefício terapêutico em todos os pacientes, nem por todos os acupunturistas.

I.d.	<p>A medicina, então, é muito ligada ao exame subsidiário. O exame subsidiário, como diz o nome, é subsidiário, quer dizer, dá subsídio. Mas algumas pessoas acabam usando o exame para justificar o tratamento inteiro; e deixam de examinar o doente, deixam de coletar a história dos sintomas, e tentam tocar o barco desse jeito. A medicina ocidental, então, seria uma medicina ligada mais a sinais e menos a sintomas. No meu modo de ver. Pode ser criticado o que estou falando, não estou dizendo que isso é verdade. Mas enxergo assim.</p> <p>E tem ocasiões que são difíceis, viu? Por exemplo... É difícil, porque... Ressonância magnética. Eu vou lhe dar um exemplo. Tenho um doente que atendi e fiz uma hipótese clínica por examinar, por a mão, conversar com o cara. Um</p>
-------------	---

	<p>surto de esclerose múltipla. O primeiro surto de uma pessoa de vinte anos, de esclerose múltipla. Esclerose múltipla é dessa idade mesmo. Dezesete a 25 anos é a idade mais frequente de ter o primeiro surto. Exatamente. Pois é. E, aí, isso era um sábado de manhã. E agora? Tenho que tomar uma atitude. Porque, se acho isso, não é? Tudo bem, tomei atitude. Dei um remédio, que é um remédio que tem duzentos efeitos colaterais... É um remédio complexo de tratar. Mas fica faltando um recurso. Eu sei que a ressonância magnética me dá a imagem do que estou achando que ele tem. Então, não dá para tolerar eu dar o remédio sem pedir a ressonância magnética. Eu dei o remédio, mas cavei a ressonância. Não tinha no meu hospital, tive que pedir para alguém fazer. O povo se virou, e veio a imagem. Legal. Então, está certo. Então... [risos]</p> <p>Todos os colegas vão fazer isso, é intolerável, pelo... Sabe? Alguém vai falar: “- Pô, meu, você fez isso aí? Legal, você é bom mesmo. Sem ressonância, você fez diagnóstico? E aí, e agora? E o prognóstico do doente? Tem que fazer ressonância, porque vai dar um valor de prognóstico, futuro, tal”. Mas é duro tomar conta de alguém dessa forma, sem recorrer à tecnologia que sei que existe, sei onde é, quando não tenho; é proibido, tudo bem, mas eu sei onde tem o recurso, sei acionar, poder para acionar. Se eu tenho esse poder, não posso não exercer. Isso, pessoalmente, para mim... Ninguém ficou sabendo disso. Só você. [risos] Estou falando, porque é uma angústia que não pode transmitir ao doente, entendeu? Muito menos à família. Isso faz parte na medicina, não é? (Entrevista 63)</p>
II.d.	<p>Fale sobre um atendimento típico. Você pode escolher: ou falar dos dois, aqui ou no consultório. Como a coisa acontece?</p> <p>Aqui, você pega o paciente que está na fila [riso], entendeu? Tem, você faz. Lá, o atendimento é assim: tem a primeira consulta. Você conversa com o paciente, você dá uma examinada no paciente, e você, mais ou menos pela história, você faz alguma síndrome da medicina chinesa, e você aplica a agulha.</p> <p>A grande maioria, que procura, é por dor. Embora trate a dor, se eu vejo que o paciente tem alguma deficiência <i>dentro</i> da medicina chinesa, também coloca agulhas para tratar essa síndrome.</p> <p>Aqui, a gente segue um protocolo. Tem os pontos. Você determina os pontos, vai e coloca os pontos. No consultório, lá, eu manipulo mais um pouco a agulha, dependendo do paciente, para ter um efeito melhor. Não na primeira vez, senão o paciente não volta. Procuro não... deixar doer muito. Porque tem paciente, se doeu, ele tem a... Como ele sempre escuta que acupuntura não dói, quando chega lá, se dói um pouco... Às vezes, eu aviso, falo: “- Olha, não é que... Não dói como injeção, mas, às vezes, quando está contraído, pode doer. Então, quanto mais relaxado você ficar, menos você vai sentir a agulha penetrar”. Às vezes, eles colaboram, mas, às vezes, você vê que o paciente não volta, porque... sente dor e acaba não voltando. (Entrevista 5)</p> <p>Conte-me um dia típico de atendimento. Como é uma consulta? Eu sempre acreditei que fosse tudo consulta, mas eu fui informada de que existe a consulta e as sessões. (Certo.) Existe essa distinção?</p> <p>Tem. Na verdade, o paciente vem a primeira vez no consultório. Você vai ter que fazer consulta. Precisa diagnosticar o que ele tem, o que está acontecendo. E chagar a um diagnóstico ocidental, e até fazer alguns exames na parte de medicina tradicional chinesa, para verificar se tem algum tipo de deficiência, se tem alguma coisa de excesso, alguma alteração. Aí, você já tem uma ideia de como tratar o paciente.</p>

	<p>A maioria dos meus pacientes é convênio. Então, o que eu faço? Porque o convênio tem que autorizar primeiro. Então, só faço a consulta; oriento de todas as coisas que tem que orientar: da parte de exercício, postura, medicamento, se for necessário. Normalmente, esses pacientes, a gente <i>deixa</i> de usar medicamento. Eu deixo o que ele <i>está</i> usando, mas não coloca nada, a princípio. Começo a tratar com acupuntura. Se, só a acupuntura, não estiver respondendo, você entra com medicamento.</p> <p>Agora, aquele paciente que já consultou, veio só para fazer acupuntura, ele vai direto para o boxe de acupuntura, e você, lá, vê. Faz um exame breve, de conversar, o que está incomodando mais, o que está acontecendo, e, depois, você parte, faz acupuntura nele. (Entrevista 7)</p> <p>É possível me descrever uma consulta típica?</p> <p>Em termos de quê, de acupuntura? Depende da patologia, da doença que acomete. Quando é doença com dor localizada, como a lombalgia, a consulta é rápida. O paciente entra, relata o tempo, a duração da queixa, e qual a intensidade da queixa. Nós fazemos algumas considerações. Perguntamos se há sobrecarga, se existe algum vício de postura, se existe uma atividade inerente à dor, ao quadro de dor. Em seguida, fazemos o exame clínico para localizar que região, que músculos são acometidos, e podemos já iniciar a sessão, com pedidos de alguns exames, como ressonância, para saber se existe comprometimento da parte neurológica, e que a acupuntura, ao invés de melhorar, talvez venha a trazer resultados não desejáveis. No caso de compressão nervosa, que, aí, a indicação é cirúrgica. Só tem uma estratégia.</p> <p>A estratégia não difere muito de uma consulta médica convencional. Conversa-se sobre o histórico da doença e o histórico do paciente na doença; os hábitos do paciente; se o paciente é tabagista ou não, e, depois, a gente acaba... Tabagismo tem mais a ver com doenças respiratórias. Depois, exame clínico e tratar estratégias terapêuticas. (Entrevista 58)</p> <p>Como é um atendimento típico?</p> <p>É assim, como eu te digo. Como entro na história médica: motivo da consulta. Depois, entro na parte endócrino-ginecologia. Primeiro capítulo do que faço é gineco. Vejo todas as informações da ginecologia, tanto gineco, mama, as duas coisas. Aí, vejo tudo o que tem de antecedentes cirúrgicos. Aí, tem a parte de antecedentes tóxicos, de alérgicos e doenças tropicais; os antecedentes familiares, a medicação que o paciente está em uso ou já usou. Depois, venho para a parte de neuro. Vejo a parte de insônia, psíquica, neuropsíquica. Tanto cefaleia, zumbido, visual. Aí, venho na parte cardiológica, pulmonar; antecedentes de bebida, álcool e tabagismo. Toda a sequência, também, do sistema digestivo. Aí, vou para a parte urinária; vou para a parte osteomuscular. Depois, essas patologias da pele. Depois, a parte dos exames físicos, exames complementares, tratamentos. Quando já tenho toda essa sequência, eu proponho para o paciente a passagem, tanto para a aurícula como para medicina chinesa.</p> <p>Uma consulta dessas dura quanto tempo?</p> <p>História médica, 40 minutos. Todos. (Entrevista 60)</p>
III.d.	<p>A posição, que acho que é a posição global, tem que ser bastante a respeito disso. O problema é que o diagnóstico da medicina chinesa é importante, mas não é suficiente. Você diagnosticar, por exemplo... Você vai entender perfeitamente. A medicina chinesa faz diagnósticos de síndromes. A gente</p>

traduziu como síndromes. Na verdade, é um padrão, uma forma peculiar de adoecer, que estão catalogadas essas síndromes, as mais frequentes. Essas síndromes se misturam, se imbricam, mas são um conjunto de sintomas como são as síndromes na medicina ocidental. Elas não definem uma doença. Essas condições de saúde, ou maneira de se portar frente a uma doença em cada pessoa, em cada organismo, ela pode se modificar no transcurso de uma mesma doença. De forma que você... Uma doença... Vamos pegar o sarampo. Você pode, na evolução da fase de invasão, infecção viral, ou até a fase intermediária, até o processo curativo ou a evolução para a morte, você pode ter várias síndromes diferentes nesse caminho. Conforme os sintomas mudam, muda o diagnóstico da síndrome. O inverso também é verdadeiro. Uma mesma síndrome pode ser aplicada para várias doenças. Vou te dar um exemplo: estagnação do *qi* do fígado. Isso pode estar por trás de uma cefaleia, doença cefaleia – sintoma cefaleia –; um AVC, na base de um AVC, e um câncer do fígado. São doenças completamente diferentes, cuja evolução é completamente diferente, e o alcance da medicina chinesa é completamente diferente, e o alcance da medicina chinesa é completamente diferente. Esse diagnóstico da doença só a faculdade de medicina ensina a fazer. E o que os não-médicos defendem é que o diagnóstico da medicina chinesa é suficiente. Mas ele não faz o diagnóstico nosológico. Isso traz riscos. Na minha forma de entender, traz um risco objetivo. Você falar que a pessoa tem estagnação do *qi* do fígado não é suficiente para você tratar um câncer do fígado. Você pode fazer o procedimento para melhorar a estagnação do *qi* do fígado, seja com acupuntura, seja com fitoterapia, com *qi gong*, seja o que for, a estagnação do *qi* do fígado melhorar, mas o câncer progride. Pegar uma situação drástica. Nem é tão fixo, assim, essas três patologias relacionadas à estagnação do *qi* do fígado. Mas é um exemplo para a gente ver como pode ter um equívoco, provocar um equívoco. Eu também, por essa falta de diagnóstico presenciei muitos erros. É lógico que os médicos também cometem muitos erros, não estou tirando esse aspecto. A gente parte da ideia de que a possibilidade dessa informação, desse conhecimento específico diminui a chance do erro. Por exemplo, me lembro de um garoto que veio de um acupunturista. Ele tinha uma dor, aqui em cima da clavícula esquerda. “- Começou quando, isso?” “- Ah, eu estava com essa dor, apareceu esse calombo aqui. Eu fui no acupunturista, ele falou que era estagnação de *xué qi* [?], que é *qi* nocivo. Ele botou umas agulhas em volta, botou uma ventosa em cima”. Bom, o que era esse calombo? Era Hodgkin, que é um linfoma, uma doença... O cara viu, ali, um calombo, uma bola. Isso, para a medicina tradicional chinesa é acúmulo de *xué qi* [?]; acúmulo de mucosidade, calor etc. Então, pelo procedimento da medicina chinesa tem que se drenar o *xué qi* [?] que está ali acumulado. Ele fez o procedimento que ele aprendeu no curso dele de acupuntura. Enfiou agulha e botou uma ventosa em cima, para tirar. E poderia ter provocado uma metástase ou uma complicação, uma infecção local do câncer linfático. Um garoto de... dezessete anos.

Então, tem coisas que levam o cara... O cara tem a coragem da ignorância, mas o mais culpado... A culpa, mesmo, é da possibilidade de ele exercer uma prática médica sem ter o conhecimento necessário para minimizar o risco disso. É como dirigir carro sem ter aprendido. Botar o carro na mão do moleque, ele ter o domínio de todas as coisas ali. Essa é minha oposição, e, acho que, da maioria dos médicos. Esse é o motivo pelo qual a gente defende que só os médicos deveriam fazer. Mas, e lógico, isso está aberto, em discussão. Ainda vai correr muita coisa. Nem sei se a lei que vai reger isso no país vai determinar que seja assim. (Entrevista 44)

IV.d.	<p>[...]A medicina chinesa – vou usar um termo que os leigos gostam, adoram –, ela é mais holística. Eles gostam de dizer que é holístico. Por isso que só tem que saber a medicina chinesa. Porque, o que eles olham? Mais sinais e sintomas. Se você tem aqueles sinais, aqueles sintomas, e, se eu faço um tratamento e está dando certo, não preciso saber a causa, propriamente dita, do órgão, ou seja, não conheço hepatóssito, celulazinha do fígado, mas sei que seu fígado tem um problema. Eu te trato, deu certo, deu. Seria, entre aspas, a medicina chinesa seria baseada em experiência. Porque ela é uma medicina baseada em experiência. A acupuntura, por exemplo, a teoria da medicina chinesa, começou a vir depois. Primeiro veio toda a prática. Depois, começaram a tentar explicar, encaixar as coisas. Primeiro, alguém enfiou uma agulha, ou um pedaço de osso, ou um pedaço de madeira, ou nele mesmo ou em outra pessoa. E, aí, melhorou. Aí, ele começou a perguntar por que melhorou. Ele fez primeiro o quê? A prática. Estou super exagerando, mas é isso.</p> <p>A medicina ocidental, não. Ela é mais... Não sei se a palavra é analítica, porque, o que faz? Você tem que determinar, comprovar a doença em si. Ali, você vai estudar o hepatóssito, o que acontece no hepatóssito, e o que, dentro dele, fez a coisa evoluir. Quer dizer, o chinês não sabia. Não existem propriamente órgãos na medicina chinesa. Existem funções dos órgãos. Não existem os órgãos em si, quando você fala. Se, na medicina chinesa, a gente diz que o coração, que é o Shen, ele comanda a mente, na nossa medicina dizemos que quem comanda a mente é o cérebro. Só que, quando você fala que vai decorar uma coisa, você fala que vai decoração, por quê? Não sei se deu para entender o que é... A coisa é bem assim. E, quando você tem um problema, um infarto no miocárdio, porque teve, claro, estava doente, teve um monte de coisas, o desencadeante foi uma emoção forte. Foi o cérebro? Foi o coração. Qual o órgão mais importante na medicina chinesa? Na nossa medicina é o cérebro? Na ocidental, se a gente for pensar? (Entrevista 59)</p>
V.d.	<p>A medicina tradicional chinesa, ou mesmo a acupuntura, na sua avaliação diagnóstica e de evolução, leva em conta não só o aspecto físico, mas o aspecto emocional, fazendo parte do conjunto da avaliação diagnóstica e de evolução do tratamento.</p> <p>Por exemplo, a ansiedade é um elemento considerado pela medicina tradicional chinesa. E, em alguns protocolos, quando a patologia tem uma forte conotação emocional, com o comprometimento do estado de humor do paciente, nós temos alguns questionários para protocolos específicos. Por exemplo, um protocolo que nós conduzimos sobre fibromialgia, o paciente era avaliado no questionário específico da fibromialgia, o FIC[?], como também o questionário de depressão, do Hamilton[?] e do Beck[?]. Levamos em conta, pela característica específica da patologia. Como também, alguns dos questionários de dor, por exemplo o SF36, que avalia a qualidade de vida do paciente, ele contempla questões específicas do aspecto emocional.</p> <p>É uma questão importante da medicina tradicional chinesa?</p> <p>Sem dúvida. Eu diria, não só para a medicina tradicional chinesa, como também no tratamento do paciente com dor crônica, porque nós sabemos que as vias neurológicas de percepção de dor, principalmente através das fibras C, elas têm uma forte conotação emocional. Neurologicamente, é explicado por que o paciente com dor crônica, tem um comprometimento emocional. Isso... E a acupuntura, quando gera o estímulo, ela mobiliza e ajuda a modular os transtornos emocionais, provocados pela dor crônica. Neurologicamente... Isso é uma coisa</p>

que consideramos importante: a integração da medicina tradicional chinesa junto com os atuais conhecimentos da neurociência. É possível fornecer um diálogo, desde que usando uma linguagem adequada. (Entrevista 6)

Uso essa medicina chinesa, associada com a medicina ocidental, sempre que necessito. Em primeiro lugar, sou médico. Não posso fugir disso. Tenho que pensar, inicialmente, como médico. Tenho que fazer o diagnóstico, de acordo com a medicina ocidental e... Se é um problema passível de ser tratado pela acupuntura, muito que bem. Senão, ou eu vou tratar pela medicina... Ou eu não trato com a acupuntura, trato pela medicina ocidental; ou não trato, encaminho para um especialista, ou trato associadamente. E sempre, também, procurando usar outros conhecimentos. Por exemplo, conhecimentos de... fisioterapia, orientando o paciente em outros aspectos, por exemplo, questões de alimentação, questões de postura, atividade física, de hábitos de vida, ou seja, procurando dar um enfoque mais abrangente ao problema do paciente. Como a medicina chinesa ensina, a gente sempre procura ver... eu procuro ver o paciente de uma maneira... com um enfoque mais *holístico* (Entrevista 8).

Mas o diagnóstico pela medicina chinesa é diferente do diagnóstico ocidental?

Diferente.

É possível fazer um diagnóstico pela medicina chinesa? E tratar o paciente pela medicina chinesa?

Sim, é possível. Porém, tem três pontos que tem que deixar bem claro aqui. A gente, como médico, tem certas coisas que... Você tem que saber as coisas que está tratando. Você tem um diagnóstico sindrômico pela medicina chinesa, e tem coisas que você tem que ter um diagnóstico ocidental associado. (Entrevista 46)

[...] Eu acho que acupuntura é uma ferramenta da medicina geral. Não acho que deva haver essa distinção. Tento não fazer uma distinção da medicina ocidental para a oriental. Acho que são metodologias complementares, e que, com o passar dos anos, vão conviver cada vez melhor, desde que as pessoas tenham bom senso de separar uma coisa da outra, e possam estar habilitados a fazer bons diagnósticos. Meu diagnóstico tem que ser feito pela medicina ocidental, até por força do meu diploma. Quer dizer, é exigido... Quem me deu... Você, da sociedade, me deu uma autorização para eu exercer determinado tipo de atitude. Essa atitude é diagnóstica. Tem que fazer o diagnóstico. Então, não posso só ficar no sintoma, e tomar conta só dos sintomas.

Você falou do diagnóstico, no começo... Isso tem que ser exercido. Você tem que ter diagnóstico porque isso é a base da sua autorização. Você me autorizou a fazer isso que estou fazendo. Você exige de mim isso. Você quer de mim isso, que eu saiba que doença é. Não é?

Meio confuso... (Entrevista 63)

Pensando no aspecto técnico da coisa. Os pacientes que vêm para cá, vêm encaminhados de outras unidades do HC, e já vêm com diagnóstico. (Isso.) Como vocês fazem com esse diagnóstico que chega? Vocês trabalham com esse diagnóstico, fazem uma reavaliação...?

O paciente tem que já ter sido avaliado por algum outro médico que tenha

	<p>feito o diagnóstico, e que tenha indicação de acupuntura. O paciente não pode chegar aqui simplesmente com dor. Por trás dessa dor, às vezes, você tem uma doença que precisa de um tratamento mais agressivo, cirurgia, quimioterapia, essas coisas. Por isso a gente precisa desse suporte do resto do Instituto, para que encaminhe só o paciente que já tenha o diagnóstico bem firmado: uma doença crônica, uma doença ortopédica que não vai ser cirúrgica... É dessa maneira. Aí, a gente tira a história novamente, e vê se a queixa se encaixa no diagnóstico referido. Na maioria das vezes, é isso mesmo. Às vezes, você acaba tendo alguma dúvida, você encaminha o paciente, de novo, para o médico que mandou, se a gente achar que não é exatamente aquilo. Ele tem que voltar lá.</p> <p>Mas, mesmo assim, faz o tratamento? Sintomático, não é?</p> <p>Você não acha que isso compromete o aprendizado dos alunos? Porque os alunos não fazem diagnóstico. Quem faz o diagnóstico é o outro profissional. Os alunos estão fazendo um aprendizado de tratar o sintoma.</p> <p>Isso. Medicina tradicional chinesa começa... A primeira coisa que você precisa fazer é tratar o sintoma. Você tem, até no livro do Imperador Amarelo, se a pessoa tem retenção urinária ou constipação, não importa o resto que ela tenha. Você, primeiro, trata a retenção urinária e a constipação. Depois que você conseguir resolver isso, que são as coisas mais sintomáticas, mais agudas, você vai ver por que isso aconteceu. Se o paciente chega com falta de ar, chega com retenção, você trata o sintoma, e vai descobrir de onde aquilo veio. Mas o primeiro tratamento vai ser o tratamento sintomático. É isso que a gente faz aqui também. A gente faz o tratamento dos sintomas, deixa a pessoa mais confortável para, daí, você continuar, progredir na...</p> <p>Essa é uma questão importante. Porque você vai trabalhar a causa também, mas o sintoma é o primeiro passo? Isso. (Entrevista 65)</p>
VI.d.	<p>[...] Veja, existem diversas especialidades dentro da área de saúde que têm uma atuação terapêutica. Podemos citar, por exemplo, fisioterapia, terapia ocupacional, fono, psicologia, farmácia. Esses profissionais acabam tendo uma ação dentro da terapêutica, mas a formação desses profissionais é um tanto limitada com relação ao diagnóstico, ao método de coleta da história, do exame clínico e do estudo da fisiopatologia das doenças. Então, o ato médico tem que englobar... O profissional médico tem que ser capaz de fazer o diagnóstico; e o diagnóstico envolve não somente pedir exames, e sim conhecer profundamente o mecanismo da ação das doenças, a fisiopatologia e, portanto, quais são os exames que detectam, e quais são os passos do exame clínico, propedêutico, para prospecção da doença. Isso é apenas a parte diagnóstica, não é simplesmente pegar a caneta e pedir um hemograma. Isso, qualquer pessoa pode fazer. Depois, envolve, uma vez feito o diagnóstico, traçar a estratégia terapêutica, o que pode ser usado. O médico, nesse sentido, é um administrador porque tem que administrar tanto a terapêutica, em termos de tratamento conservador e clínico, ou tratamento cirúrgico, que seria mais agressivo, aliando as outras especialidades, como fisioterapia, fono, psicologia... Ele é um administrador, além de aplicador dessas terapêuticas. É claro que existem manobras dentro da fisioterapia que o médico não precisa conhecer, mas ele conhece o resultado dessas manobras.</p> <p>Finalmente, ele consegue traçar o prognóstico da doença. Ele sabe, conhece a doença; tem que conhecer a doença, tem que diagnosticar a doença, tem</p>

	que tratar a doença, e tem que saber como vai evoluir a doença, com e sem tratamento. Esses são os limites de um ato médico. (Entrevista 58)
VII.d.	<p>[...] Se a medicina chinesa fica no sintoma, para ela é indiferente o diagnóstico ocidental?</p> <p>É indiferente. É <i>indiferente</i>. (Ela prescinde do diagnóstico?) É. É a grande crítica que se faz, e a grande motivação do CFM de adquirir isso como especialidade para os médicos do Brasil é isso. Quer dizer, não é o fato só de você espetar agulha em um ponto e furar um pulmão, por exemplo, coisa que pode acontecer; e o médico é um cara que é habilitado não só a não deixar furar o pulmão, porque ele sabe anatomia. Ele tem que saber reconhecer que aquilo é um pulmão furado. O cara está com pneumotórax, isso o médico tem que saber reconhecer, os sinais de um pneumotórax. Tem que saber reconhecer sinais e sintomas para poder tratar.</p> <p>Elas são complementares, e a medicina chinesa é sintomática. E, quando eu faço acupuntura, aos doentes explico isso para eles <i>de primo</i>: “- Olha, não vou tratar sua hérnia de disco. Vou tratar uma dor que desce na perna”. Eles ficam meio confusos no começo, mas, daí... Eles começam a falar assim: “- Não, porque eu tenho uma hérnia... Tenho duas hérnias, três hérnias”. Falo: “- Não, olha. Aqui, agora, é medicina chinesa. Agora, não vamos mais falar desse assunto. Mostra onde dói”. Ele fala: “- Dói aqui”. Meridiano da bexiga. Vou tratar o meridiano da bexiga.</p> <p>Isso, na sua quarta-feira à tarde?</p> <p>Isso! Na quarta-feira à tarde.</p> <p>Muda o software?</p> <p>Olha, no começo não era muito fácil. Não é fácil, não é fácil. Não é fácil, não. Por isso que eu faço num horário só. Antigamente, eu fazia as acupunturas no meio do trabalho normal, e não é muito bom, não. Me faz mal fazer isso porque, de repente, eu tenho que parar de raciocinar ocidental e raciocinar chinês, é complexo. (Entrevista 63)</p>
VIII.d.	<p>E esses pacientes que chegam ali, [...] eles já chegam com diagnóstico.</p> <p>Muitas vezes errado. Muitas vezes um diagnóstico equivocado. Porque, a gente, fazendo exame, ali, na hora, fazendo o exame físico, a gente vê que o diagnóstico está errado.</p> <p>Aí, vocês refazem, recompõem isso, para poder trabalhar com os pacientes [...]?</p> <p>É. (Entrevista 8)</p>
IX.d.	<p>[...] É por isso que, fazendo correlação com medicina chinesa, que a gente não entende o que é esse <i>qi</i> ou <i>ki</i>, que é a energia vital, que a gente não enxerga, não sabe o que é. Ela é a locomotiva de tudo. E o nosso corpo foi feito para funcionar bem, e para ter saúde. E, de acordo com o que nós aprendemos a pensar, a fazer é que começamos a introduzir coisas que vão contra a nossa constituição física, psíquica, mental, e, aí, começam a aparecer as coisas, as doenças. (Entrevista 9)</p> <p>Noventa por cento das doenças são, nascem e vigem dentro da emoção. Só adoece quem não está se sentindo muito bem emocionalmente. Isso é fato da medicina. Isso, Hipócrates já sabia. Não precisa ser grande <i>expert</i> para saber isso. Isso já está escrito. É uma coisa que a gente vê na prática, aqui.</p> <p>A emoção, a acupuntura é bastante ligada a isso, entendeu? A própria metodologia é toda ligada na emoção, na afetividade, nos bons hábitos; nos</p>

	<p>hábitos de saúde. Acupuntura é saúde pública, mesmo. Um negócio muito, muito rico. Muita instrução de acupuntura é instrução que nossa avó já dava. Não sair com o cabelo molhado... Está menstruada, cabelo molhado, vai sair na chuva? Entendeu, essas coisas? Sair de pé no chão, pegar uma gripe, resfriado. Vai resfriar. De fato, resfriado é falar isso, não é? Resfriou-se: o frio entrou na pessoa. Na acupuntura, eles falam isso, que o frio entrou.</p> <p>Essas recomendações são super válidas, porque são observacionais. É uma boa explicação, ocidental. Mas não é uma boa explicação hoje. Mas, um dia, alguém vai explicar isso por método científico cartesiano. (Entrevista 63)</p>
X.d.	<p>O problema da fitoterapia é acesso ao fitoterápico confiável, aqui no Brasil. A gente tem muito fitoterápico... Porque a fitoterapia chinesa não usa erva... Basicamente, não usa erva isolada. Não é fitoterapia tomar ginseng. Pode-se tomar ginseng isolado, mas, quando você vai tratar doença, com o paciente em uma condição de doença, você usa fórmula. São combinações de ervas. Essas combinações são... Muitas delas são patenteadas. Tem mais de duzentas fórmulas já desenvolvidas, padronizadas, que algumas têm seiscentos anos de uso; outras, mil e duzentos anos de uso. São históricas na medicina chinesa. Para aquele padrão de adoecimento, aquela fórmula é indicada.</p> <p>Na China, isso é feito... Você prescreve aquela fórmula padronizada, mas pode interferir na fórmula. Conforme o diagnóstico que você faz, pode aumentar a dose de um, porque você <i>manda</i> manipular na farmácia. O cara vai lá, pega as ervas, monta o chazinho, entrega para o paciente tomar. Aqui, a gente já tem isso <i>pronto</i>. Já está fechada, não tem como mexer. E, muitas vezes, está <i>pronto</i> e não é de procedência confiável. É isso que dificulta o uso.</p> <p>Atualmente, tem alguns laboratórios manipulando essas ervas, e dispondo de uma maneira um pouco mais confiável; e alguns laboratórios que trazem ela já pronta, mas são confiáveis também. Aí, dá para a gente prescrever. (Entrevista 44)</p> <p>Na medicina chinesa tem outros tipos de tratamento. A gente usa outras coisas também, mas não tem... Duas coisas a gente não usa. Por exemplo, a gente não usa moxa porque deixa o lugar impregnado de cheiro. Na China é mais fácil usar. No Brasil é meio complicado.</p> <p>Na China, usa ervas para tomar. No Brasil, não usa porque a medicina, no Brasil, não reconheceu as ervas, reconheceu acupuntura. A gente também usa ventosas em algum tipo de tratamento. Não é frequente, porque pode deixar o lugar com equimose, roxo. Então, a gente não usa com frequência. A outra que a gente usa com frequência é a eletroestimulação, com aparelho de eletroestimulação.</p> <p>Basicamente, o que a gente usa mais é o agulhamento com diferentes tipos de manipulação e, alguns, associar com aparelho de estimulação elétrica. (Entrevista 46)</p> <p>[...] tenho muito receio próprio em utilizar medicina com ervas, porque a herbologia depende muito de sua habilidade com a língua chinesa. Lá na China, por exemplo, era muito comum, você fazia suas sessões de acupuntura, mas também prescrevia remédios. O que eu via, e, depois, fui ler também, é que é muito dependente de o quanto você tem de cultura chinesa. Por exemplo, uma coisa que consegui fazer uma analogia: aqui, a gente tem a espada de São Jorge. Espada de São Jorge traz todo um significado por trás, pelo próprio nome. Dificilmente, alguém que não é brasileiro vai entender que São Jorge é um santo; que, na verdade, é um matador de dragão; que, na verdade, também tem sua relação no candomblé, com Ogum. E você não... Dificilmente, você, sendo</p>

	<p>estrangeiro, vai entender todo o significado contido na imagem de São Jorge, dando um nome para uma planta. Para você conseguir prescrever uma medicina tradicional chinesa com proficiência, alguma coisa que vai ser diferente do que você seguir o que está lá, no livrinho, você precisa ter uma bagagem cultural chinesa muito difícil de conseguir acumular em pouco tempo. Eu ainda tenho muito receio de, às vezes, estar perdendo alguma coisa culturalmente. Por mais que eu entenda o que aquela palavra significa, eu não vou entender tudo o que aquilo acarreta. É isso, e, também, não tenho experiência de usar; não sei quais são os efeitos colaterais, o que pode acontecer. Dificilmente, vou conseguir usar isso na minha vida. (Entrevista 65)</p>
XI.d.	<p>Você já teve algum paciente que chegou para você e disse: “- Eu não quero me tratar com alopatia, com medicina ocidental, (Muitos.) eu só quero me tratar com medicina chinesa?”</p> <p>Muitos. (E como funcionou isso?) Funcionou bem. É que a medicina chinesa... É o que eu sempre digo para as pessoas, ela funciona muito bem, quando o distúrbio é da parte fisiológica. Distúrbios hormonais, coisas que a nossa medicina não sabe nem <i>diagnosticar</i>, por exemplo. Dor aqui, dor ali, mal-estar, um cansaço! Faz todos os exames, não dá nada. Daí, é mais fácil a gente dizer que é distúrbio psicossomático. Aí, você dá um antidepressivo... Antigamente, eram os benzodiazepínicos. Agora, é a Amitriptilina, não é? E, isso aí, funciona muito bem na medicina chinesa. É o tal do <i>qi</i> que não está circulando direito.</p> <p>[...] Na ginecologia é muito bom, porque, realmente, a grande maioria é distúrbio hormonal. Então, é funcional. Não é fisiológico, é funcional. Aí, funciona. Agora, mesmo orgânico, como mioma ou endometriose, por exemplo, quando se pega bem no início, às vezes, a gente realmente consegue reverter. Já tive vários casos. Por isso que... E, atualmente, saíram alguns trabalhos a respeito de infertilidade na ginecologia, com acupuntura. Então, muitos estérileutas <i>encaminham</i> essas pacientes. E é muito engraçado, porque é muito comum... Já tive umas... quase 100% delas engravidam logo a seguir. Quando não tem algum fator orgânico! Problema tubário, problema uterino, não tem condições. (Entrevista 43)</p>
XII.d.	<p>Eu não sei, a grande vantagem da acupuntura é que não tem tanta complicação. Se tivesse complicação, com tanta gente, assim, fazendo acupuntura, poderia dar muitos problemas. Não dá, porque não tem tanta complicação. E, qualquer coisa que você faz, ajuda de alguma forma o paciente. Mesmo fazendo ponto errado. É. É sério! Por isso que... Aí, que... A pessoa começa a ver que melhora um pouco, mas não está curando, não está chegando, não <i>está</i> dando como queria, que eles vão procurar um médico. Na verdade, o médico vai conseguir superar <i>toda</i>, todo o mundo que faz acupuntura, faz dessa maneira, vai conseguir, vamos dizer, sobressair, através da <i>sua</i> capacitação como profissional, parte técnica. Porque, vai chegar um ponto em que a pessoa vai falar: “- Puxa, mas estou fazendo há tanto tempo, não está funcionando?”</p> <p>É o que acontece. Por exemplo, ontem, no consultório, foi uma de um outro colega, colega <i>médico</i>. Estava tratando, não estava melhorando <i>nada</i>. Estava até piorando. Eu falei: “- Olha...” Ela veio, eu conversei, expliquei, tudo, tal. “- Existem diversas técnicas de acupuntura. Eu não sei o que a pessoa estava fazendo, tal, tal, mas eu acho que a acupuntura funciona nesse caso. Só que tem algumas coisas que têm que ser feitas <i>fora</i> isso. Porque a pessoa faz só acupuntura, e não vê o restante: postura; muitas vezes, tem que tirar sobrecarga do local; tem um encurtamento muscular que está dando problema. Isso é que tem que ver o paciente como um todo.” (Entrevista 7)</p>

4.2.1.3 Protocolos de investigação científica, placebo e feito placebo

Existe uma situação em que o diagnóstico diferencial da MOM é indispensável em acupuntura: no caso da investigação científica, visando a garantir a comparabilidade entre esses e os estudos correlatos realizados pelo núcleo conceitual da MOM [I.e.].

No ocidente, a investigação científica se tornou instrumento de acreditação acadêmica e política em diferentes áreas de conhecimento. Políticas públicas recebem suporte de seus resultados e gerações de pesquisadores são treinados para realizar estudos cujas conclusões se aproximem do que acontece na realidade e ofereçam soluções para problemas.

Na área de saúde, a investigação científica conta com dois modelos gerais de desenhos de estudo: os observacionais e os ensaios clínicos (Fletcher & Fletcher, 2008). Os ensaios clínicos são considerados ‘padrão-ouro’ dos estudos científicos, embora apresentem fragilidades, como a mencionada dificuldade de generalização de seus resultados e a chance de viés (de seleção, por exemplo).

O ensaio clínico randomizado (ECR) é caracterizado por uma intervenção terapêutica que visa a verificar a eficácia de um determinado tratamento de saúde. Conjuntos de sujeitos são divididos em grupos (experimental e de controle) mediante seleção rigorosa, são randomizados e recebem tratamentos diferentes (efetivo e placebo) ou nenhum tratamento. Os mesmos deverão ser acompanhados e o desfecho da intervenção será analisado. Para isso, os sujeitos deverão, antes de quaisquer características apresentar a doença em tratamento. O diagnóstico nosológico é essencial, nesse caso, para estudos médicos.

Em acupuntura, além desses aspectos, deve-se levar em conta certas particularidades. Na prática clínica, a terapêutica acompanha a mudança no quadro do paciente; nos protocolos de investigação são estabelecidos pontos fixos de agulhamento, utilizados durante aproximadamente dez sessões [II.e.].

Considera-se que ainda não exista um desenho de ensaio clínico que contemple a singularidade da acupuntura clínica (Sherman et al., 2001) – pois nesta há a correção terapêutica ao longo do tratamento – ou desenho de ensaio clínico que ofereça um método ideal de grupo controle (Goddard et al., 2005), pois a aplicação

de acupuntura *sham* (agulhamento em pontos inespecíficos ou superficiais) como terapêutica de controle dos ECRs não tem sido considerada inócua (Goddard et al., 2005; Kaptchuk et al., 2000), podendo ser reconhecida por pacientes experientes (Goddard et al., 2005). Nesse caso, a acupuntura *sham* não poderia ser considerada um dispositivo placebo. Em contrapartida, há estudos que consideram a acupuntura, verdadeira ou *sham*, como placebo (Autret et al., 2012), sendo esse um dos fantasmas que perseguem os ECRs em acupuntura [III.e.].

Goddard et al. (2005) realizaram ensaio clínico randomizado (ECR) para validar um método de acupuntura placebo (a agulha não é introduzida na pele) comparado à acupuntura padrão (agulha introduzida no ponto chamado de intestino grosso 4 – IG4 – para tratamento de cefaleia e dor cervical), visando a melhorar os resultados de ECR nessa área de estudo. Sua preocupação era a de que o método fosse convincente e mimetizasse o agulhamento padrão. Consideraram bons os resultados, mas sugeriram novas investigações na área.

Mais recentemente, We et al. (2012) consideraram que a associação da acupuntura *sham* com efeito terapêutico é resultado de viés de publicação. Os autores fizeram revisão sistemática de 39 ECRs em acupuntura realizados com três grupos (experimental, *sham* e sem-tratamento) e concluíram que quanto mais recente a publicação, mais a acupuntura *sham* é associada a efeito verdadeiro, embora os resultados de sua investigação associem a acupuntura *sham* ao efeito placebo. A relação entre acupuntura e placebo é, portanto, complexa e merece atenção.

O termo placebo foi introduzido na área médica no século 18 (Autret et al., 2012; Finnis et al., 2011) e dicionarizado pela primeira vez no *Hooper's English medical dictionary* em 1811 (Autret et al., 2012). Esse foi o nome dado a um dispositivo do estudo científico considerado inócuo, visando à verificação da eficácia ou efetividade de um procedimento terapêutico, em relação a um desfecho imaginado em ensaios clínicos (Bishop et al., 2012; Finnis et al., 2010; Kaptchuk et al., 2000). Por exemplo, compara-se o desfecho do uso um medicamento em teste (grupo de intervenção) com o acompanhamento de pessoas não medicadas ou que receberam tratamento sem princípio medicamentoso ativo (grupo controle), e se analisa o efeito disso sobre a saúde e qualidade de vida dos sujeitos dos dois grupos, após determinado período. Há pesquisas em que os resultados são bastante diferentes,

indicando que o grupo de intervenção apresentou desfecho mais positivo; há pesquisas em que os resultados são bastante diferentes, indicando o contrário (no caso de toxicidade do medicamento em teste, por exemplo), e há pesquisas em que os resultados não são muito diferentes, indicando que aquilo que parecia inócuo tem alguma eficácia.

No caso da acupuntura, deve-se levar em conta o viés de publicação, pois foi comum à MOM publicar artigos em que os desfechos eram favoráveis a determinada intervenção em detrimento da publicação de artigos com resultados desfavoráveis ou inconclusivos. O que distingue a acupuntura nesse sentido é que ainda há um número relativamente pequeno de pesquisas na área. Então, publica-se tudo, a despeito do resultado obtido, podendo ser esse um dos motivos da confusão em relação ao seu poder terapêutico do ponto de vista científico.

A aplicação da categoria placebo nos ensaios clínicos pode parecer simples, mas não é. Por exemplo, Finnis et al. (2010) consideram paradoxal um dispositivo inócuo produzir efeito.

Nos anos 1950, Henry K. Beecher (Autret et al., 2012; Finnis et al., 2010) e Louis Lasagna (Kaptchuk et al., 2000) acenderam a discussão sobre o placebo e seu efeito em ensaios clínicos ao anunciar que pacientes recebiam benefício terapêutico em tratamento com placebo. Desde então, foram consideradas questões éticas sobre o tema e restrições ao uso do procedimento em ensaios clínicos (We et al., 2012; Kaptchuk et al., 2000) e na clínica, bem como novas investigações procuraram entender seu funcionamento, gerando uma área de estudo específica.

Bishop et al. (2012) observam que benefícios à saúde advindos do uso de placebo estão relacionados ao ritual da medicina, à relação terapêutica e à imaginação sobre seu poder terapêutico, na linha da teoria da expectativa. Os autores realizaram um estudo com pacientes de um ECR envolvendo acupuntura, para identificar seu entendimento sobre o placebo, seu efeito e a consequência disso na adesão ao tratamento. Partiram do pressuposto de que as pessoas constroem um modelo mental a partir de suas experiências, que guia suas ações de maneira dinâmica e flexível, em um contexto sociocultural, o qual inclui a situação de entrevista. Identificam quatro concepções de placebo e seu efeito: é ferramenta necessária aos ECR; seus efeitos são falsos; acupuntura placebo não é verdadeira

acupuntura, e placebos têm efeito real por meio da mediação de mecanismos psicológicos (incluindo nessa concepção informação anterior sobre a terapêutica). Nesse caso, o placebo não é inócuo. Por conta de tais resultados observados, os autores concluem que os candidatos a ECRs devem ser informados de que poderão receber benefício terapêutico, mesmo sendo tratados por placebo para que os mesmos melhorem sua adesão aos tratamentos.

Na mesma linha de investigação, Autret et al. (2012) fazem revisão de artigos que utilizam abordagens biopsicológicas da cefaleia (enxaqueca e tensional), considerando três fatores intervenientes no fenômeno placebo: efeito biológico, efeito placebo (expectativa³⁷ e condicionamento a tratamentos) e efeito psicológico inespecífico (empatia, escuta do cuidador). Observaram que o efeito placebo só pode ser medido quando comparado com um grupo sem intervenção (We et al., 2012), ou seja, o placebo é considerado como intervenção. Acrescentaram que a cor e o número de medicamentos administrados oralmente influenciam o desfecho, assim como o uso ou não de uma marca. Da mesma forma, administração parenteral ou subcutânea é mais eficaz do que drágeas (Kaptchuk et al., 2000); acupuntura *sham* tem mais efeito do que drágeas; o uso de um ritual terapêutico tem grande efeito sobre o tratamento, e o estímulo discursivo do médico influencia grandemente as crenças do paciente. Os autores analisaram ensaios clínicos randomizados (ECR) com três braços ou grupos: medicamento verdadeiro (MV), placebo (P) e não tratamento (NT). A diferença entre MV e P indica o efeito específico, e a diferença entre P e NT o efeito placebo. Concluem que a crença do paciente na verdade do tratamento faz com que ele considere sua efetividade e que isso produza consequências biológicas correspondentes. Quer dizer, a crença pode influenciar qualquer tratamento, não apenas o tratamento por acupuntura [IV.e.].

As considerações acima foram aplicadas à investigação científica. No entanto, a transferência dessa categoria analítica (placebo) da investigação científica para a prática clínica ganha nova configuração. Finnis et al. (2010) sugerem, então, uma nova pergunta sobre o placebo: o que esse dispositivo está realmente fazendo para o

³⁷ Efeitos neurobiológicos associados à ideia de ter recebido o medicamento verdadeiro, considerado o efeito placebo genuíno e distinto do curso natural da doença e dos fatores de contingência. In: Autret A, Valade D, Debiais S. Placebo and other psychological interactions in headache treatment. Journal of Headache Pain. 2012. DOI 10.1007/s10194-012-0422-0.

paciente? Assim como Bishop et al. e Autret et al., Finnis et al. consideram que o placebo provoca um genuíno efeito biopsicológico (neurológico e psicológico) atribuível a todo o contexto terapêutico e envolvendo, expectativa, condicionamento, aprendizado, memória³⁸, motivação, foco somático, recompensas, redução da ansiedade e significado³⁹. Além disso, a resposta a diferentes dispositivos é dinâmica. Mencionam estudo sobre agulhamento *sham* e uso de drágeas para tratamento de dor crônica no braço. O agulhamento melhorou a dor e as drágeas melhoraram a capacidade funcional. Outro estudo mencionado pelos autores relata que agulhamento pela MCC e *sham* apresentam resultados semelhantes e melhores do que não tratamento, indicando que “[...] a expectativa da remissão da dor foi o preditor mais robusto da eficácia do tratamento por acupuntura” (Finnis et al., 2010, p.690). Isso levou os autores a considerar que a acupuntura produz efeito placebo. No entanto, também consideram a possibilidade de um tratamento medicamentoso provocar efeito placebo, “[...] na medida em que qualquer tratamento é realizado em um contexto terapêutico com potencial para ativar e modular mecanismos de placebo muitos deles podendo agir por caminhos bioquímicos similares ao da droga⁴⁰” (Finnis et al., 2010, p.691). Isso explicaria, por exemplo, o fato de a acupuntura reduzir, modular ou, até mesmo, eliminar o uso de medicamentos no tratamento de certas doenças. Os autores propõem também que o benefício terapêutico envolve, além disso, as expectativas do médico. Os autores concluem que o uso terapêutico do placebo na clínica deve ser submetido a considerações éticas. A relação terapêutica é única e intransferível. Por exemplo, se a empatia entre os atores humanos envolvidos nela for benéfica ao tratamento, não há motivo para o profissional não usá-la a favor de seu paciente. No caso de outros dispositivos considerados placebo, propõem

³⁸ No caso da acupuntura, é possível considerar que, uma vez conquistado benefício terapêutico, o paciente retorna ao tratamento quando considera necessário, mesmo no caso dos ambulatórios didáticos em que o atendimento coletivo pode ter um resultado paradoxal: a observação dos outros atendimentos e a exposição a outros pacientes pode provocar resposta individual subjetiva positiva ou negativa.

³⁹ Medeiros menciona benefício terapêutico de práticas religiosas no tratamento da saúde (não-convencionais) consideradas placebos e promotoras de efeito placebo. Já a acupuntura, a homeopatia e os Florais de Bach, são apresentadas pela autora outra categoria de terapêuticas não-convencionais. In: Medeiros SL. Práticas terapêuticas não-convencionais usadas por idosos. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1997.

⁴⁰ No original, em inglês: “[...] Placebo mechanisms can Interact with drug treatments, even if no placebo is given, since every treatment is given a therapeutic context that has potential to active and modulate placebo mechanisms, many of which can act on similar biochemical pathways to the actual drug”.

explicar ao paciente que eles poderão ativar mecanismos psicológicos de autocura. No caso da acupuntura, consideram ético informar ao paciente o conhecimento atual sobre o assunto, bem como possíveis benefícios terapêuticos do chamado placebo.

Essa é uma situação bastante delicada. Se a acupuntura é capaz de eliminar ou modular o uso de medicamentos na prática clínica, como pensar isso em termos de placebo ou efeito placebo? Os fármacos podem ser considerados placebo ou produzir efeito placebo? Como interpretar essa categoria analítica? Ela tem valor explicativo? Ou ela oferece uma resposta técnica para uma questão política? [V.e.] É necessário usar tantos fármacos na assistência à saúde? Por que os artigos referidos acima utilizam a acupuntura para testar efeito placebo? No caso da acupuntura, quer seja considerada placebo ou não, deve-se lembrar, ainda, da questão proposta por Akiyama (1999) na INTRODUÇÃO: é ético prescrever um tratamento não regulamentado, do qual a maior parte dos médicos é desfamiliarizada e cujos resultados científicos de difícil interpretação?⁴¹

Indagado sobre os resultados obtidos no tratamento de saúde pela acupuntura, um médico entrevistado considerou que, em sua prática, consegue controlar de 40%, 50% da intensidade dos sintomas dos pacientes, considerando que existe consenso sobre 30% de efeito placebo para a terapêutica. No ambiente acompanhado em que era realizada investigação científica em acupuntura, os pacientes eram atendidos apenas quando incluídos em um protocolo. Considerando que os pacientes incluídos nos protocolos apresentassem quadro de cronicidade e histórico de insucessos em tratamentos anteriores, qual a diferença, para eles, entre ter sucesso de 30% ou mais na redução de seus sintomas? Quer dizer, no caso da acupuntura, o que é mais importante: obter um resultado de mais de 30% ou minimizar o sofrimento de um paciente com quadro crônico de dor ou uma doença grave?

Duas posições diferentes foram observadas em relação a esse tema, e elas refletiam as diferentes interpretações de três médicos entrevistados que participavam de pesquisa científica em acupuntura. Uma considerava os pontos fixos de agulhamento um fator limitante; a outra considerava que os protocolos legitimam a

⁴¹ Esse vínculo é chamado de efeito Hawthorne por Fletcher e Fletcher, e não deve ser confundido com o chamado efeito placebo. O efeito Hawthorne faz com que os pacientes fiquem “[...] ansiosos para agradar os seus médicos e para fazê-los se sentirem bem sucedidos”. In: Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 4.ed. Tradução: Roberta Marchiori Martins. Porto Alegre: Artmed, 2006. reimp 2008. P.161. Título original: *Clinical Epidemiology: The Essentials*.

acupuntura frente à MOM, hegemônica. Por esse motivo eram necessários. Entretanto, nenhum dos depoimentos afirmou que a prática da acupuntura fosse subordinada aos resultados dos protocolos. Talvez não seja conveniente considerar que a prática da MOM seja diferente disso. Nesse caso, reitera-se a necessidade do conhecimento acumulado e leitura crítica dos estudos científicos para a boa prática de assistência à saúde.

I.e.	<p>[...] aqui, na verdade, é protocolo. (Sim.) Então, tem uma característica toda especial.</p> <p>Sim, o paciente já vem encaminhado para fazer acupuntura dentro das linhas de pesquisa que nós desenvolvemos. Mas, inicialmente, nós... Mais do que aceitar já o diagnóstico de encaminhamento, é avaliar se, efetivamente, esse diagnóstico está correto ou não, para ver se o paciente perfaz os critérios de inclusão e exclusão dos protocolos por nós desenvolvidos.</p> <p>Então, essa análise de vocês é muito criteriosa, porque, senão, a pessoa pode estar com um diagnóstico diferente, e isso cria um viés no protocolo de vocês.</p> <p>Exatamente isso. Então, para evitar um viés de seleção de pacientes, checamos se aquele encaminhamento condiz com os critérios de inclusão e exclusão para determinados protocolos. (Entrevista 6)</p>
II.e.	<p>[...] Você considera essa característica uma diferença dos seus pacientes de consultório?</p> <p>Sim. E, claro, tem outra diferença. O tratamento do protocolo, você não pode mudar. Enquanto que, no consultório, você tem mais liberdade. O que é importante é o resultado.</p> <p>Eu fiquei com essa dúvida. O fato de não poder mudar o protocolo, e a acupuntura e a medicina chinesa levarem em consideração a dinâmica do paciente, isso não é um fator limitante?</p> <p>Sim, na minha opinião, é um fator limitante, porque as coisas que acontecem são dinâmicas. (A estação do ano, por exemplo, a umidade...?) Muda. Muda, muitas vezes a parte emocional, a parte do dia a dia. Afeta. As situações da vida de pessoa, isso muda. Sem contar: a pessoa vem tratar uma coisa. Amanhã, surge outro problema. Tem <i>outro</i> problema. E agora? Não é verdade? É um fator limitante, para mim. (Entrevista 46)</p>
III.e.	<p>[...] Tudo isso é uma coisa interessante, eu acho, do placebo. E, o que a gente nota é que, realmente, o nosso... Na acupuntura, como a gente pergunta como a pessoa está, onde dói; a gente toca, examina, coloca a agulha; depois, retira a agulha; eles ficam mais tempo. (Entrevista 9)</p> <p>Se a gente for pensar do ponto de vista dos estudos científicos, eles propõem pontos fixos. Como você vê isso?</p> <p>Pelo método. É o método científico, ou seja, para você conseguir provar alguma coisa estatisticamente, você tem que ter um padrão.</p> <p>Isso não compromete? Isso é como colocar na mão do técnico.</p> <p>Isso. Isso compromete, diminui sua efetividade, com certeza. Mas, se a acupuntura funciona, tem que aparecer em algum momento. Se você fizer um ensaio</p>

	<p>clínico direitinho, bonitinho, escolher os pontos adequados, escolher os pacientes adequados para ser submetidos àqueles pontos... E, geralmente, a gente escolhe os pontos adequados para o paciente. Nessa situação, você escolhe o paciente para aqueles pontos. Isso dificulta você achar o seu efeito, mas você tem que achar. Se você fizer essa coisa direitinho, se conseguir encaixar seus pacientes da maneira que a gente encaixa os pontos [riso], você vai encontrar. Prejudica, dificulta fazer o trabalho.</p> <p>[...]Existe a perspectiva de uma metodologia própria para a acupuntura?</p> <p>É o que estamos tentando. É muito difícil essa coisa de diferenciar o placebo do efeito da acupuntura; é muito difícil encaixar o paciente nos pontos do que encaixar os pontos no paciente, mas tem que ser feito, para, cada vez mais, poder progredir naquilo que funciona ou não funciona, e poder ir descobrindo algumas coisas.</p> <p>Aprofunde um pouco mais esse tema da ciência. A medicina baseada em evidências tem um padrão ouro que são os ensaios clínicos. Esses ensaios são direcionados para intervenção com remédio ou cirurgia. A acupuntura fica como uma filha que tem dificuldade de lidar com isso. A acupuntura sempre provoca alguma coisa, e vai na contramão. Se uma pessoa faz acupuntura, ela reduz a quantidade de remédios que toma. E se não toma, vai demorar mais para tomar, porque a acupuntura faz um arranjo da saúde. Como você enxerga isso?</p> <p>Acho que o caminho são mesmo estudos randomizados, controlados, com placebo. Acho que há grande dificuldade de desenhar um estudo adequado, mas acho que tem que fazer isso. Teoricamente, no mundo das ideias, é o melhor estudo para mostrar a eficácia ou não de um tratamento. Se outras terapêuticas passam pelo mesmo teste, acho que a acupuntura tem que passar também. Não vejo porque não.</p> <p>Você chamou de padrão ouro, mas, estatisticamente, é o que a gente considera como verdade. Acho que a gente tem que se submeter a esses testes, sim. Se está dando errado, a gente precisa rever o estudo, se foi bem feito, mesmo; se foi controlado por essas variáveis que você falou: se a pessoa toma remédio, e para de tomar remédio. Parece que não deu efeito nenhum, mas, se você vai buscar, lá na história, a pessoa está fazendo menos uso de medicações. Isso, talvez, então, você teria que fazer um estudo mais complexo, com mais pacientes, e tudo, mas acho que é o... (Entrevista 65)</p>
IV.e.	<p>Mas isso não se confunde com o efeito placebo, que adoram falar?</p> <p>Até 30%. O efeito placebo tem um potencial de melhora de até 30%. A gente está atingindo um percentual de 10% a 20% além do efeito placebo. Nenhum efeito placebo atinge 40%.</p> <p>Comente um pouco essa coisa do placebo. Por exemplo, na medicina chinesa, acupuntura, tudo faz efeito. Se você colocar a agulha [superficialmente], já está fazendo algum efeito. Tanto que ouço dizer que se faz acupuntura sham, quando quer falar em placebo. Quando faz agulhamento, já está fazendo efeito?</p> <p>Você tem o efeito placebo. Se você coloca a agulha em qualquer lugar, vai ter efeito placebo que, dependendo da sua postura, dependendo do quanto o paciente for suscetível, você atinge até 30% de melhora.</p> <p>Todo tratamento médico vem junto o efeito placebo. Na verdade, todo</p>

	<p>serviço que você vai receber... Por exemplo, você vai em um restaurante, que é restaurante da moda, restaurante bacana. Você chega lá e, realmente, é bem atendido, você já parte de 30%. “- O negócio, aqui, é legal”. A comida vem. Se for meia boca, você joga mais 30%: “- Não, muito bom, gostei”. [riso] Pelo próprio atendimento. Na medicina, você tem isso. Você tem a postura do médico, você tem o histórico do médico, o gabarito dele. Quanto mais você acreditar, mais tiver confiança no que ele está fazendo, maior vai ser o efeito placebo no que você vai sentir. E isso atinge até 30%.</p> <p>Na acupuntura, você tem isso também. O simples fato de você estar sendo atendido... Você está fazendo alguma coisa no paciente, você já tem um efeito de até 30% de melhora dos sintomas. Toda sessão de acupuntura traz junto o efeito placebo, que é bom. Não tem como você dizer que... Se você tiver uma melhora de 30% em um sintoma como dor, tem a sua indicação, tem o seu valor. Aí, você tem um acupunturista capacitado, que faz direitinho, consegue... Aí, você já tem mais 20%. Você tem uma melhora de 50%, 60%. Dependendo da pessoa, você consegue ultrapassar esse efeito que seria só o placebo.</p> <p>Na acupuntura, o paciente volta toda semana. Isso afeta, essa continuidade? Um médico convencional vem, faz consulta, pede exame. O paciente volta depois de um mês. Como você vê, no caso da acupuntura?</p> <p>Isso, para o paciente, é muito confortável. Tem um efeito <i>rapport</i>, que é o simples fato de o paciente ir ao médico; ele já se sente melhor. Isso também ajuda no tratamento de sintomas. O fato de ver toda semana, você consegue modificar sua estratégia. Muitas vezes, você faz uma programação. Por exemplo, se eu fosse só prescrever acupuntura, e um técnico aplicasse. Eu falo: “- Vai fazer, esse, esse, esse ponto. Vai fazer dez sessões disso”. Está bom. É diferente de eu atender o paciente toda semana; eu fiz certos pontos: “- Melhorou? Não melhorou?” Melhorou, mas, agora, surgiu outra coisa. Eu vou mudando os pontos que estou utilizando. Isso é essencial para o tratamento progredir bem. (Entrevista 65)</p>
V.e.	<p>[...] a acupuntura, a gente usar agulha, é um procedimento. Na verdade, é o estímulo que a gente faz. Mas a gente está, todo dia, sujeito a vários estímulos. Tudo isso afeta o funcionamento do corpo humano. A gente está imerso em um ambiente cheio de estímulos. Você sabe como acontece e, um estímulo, como o corpo reage. A gente tem estímulo sonoro, luminoso, vários estímulos. O que esse estímulo faz no cérebro, no corpo da gente? Será que é só no cérebro? Aí, começa a...</p> <p>Porque, o que acontece? Só é aceito o que está dentro dos padrões conhecidos. E, se a gente sair fora do padrão? E começar a mostrar que o que ele está fazendo é alguma coisa nova, depende de reconhecimento. É complicado. A ciência, do jeito que está, só aceita o que os que comandam falam que é verdade. Mas a verdade, hoje, pode ser; amanhã, pode não ser.</p> <p>Uma coisa que o chinês vê... Porque ele vê o ser humano, uma pessoa vivente dentro das influências do ambiente que ele vive. Na verdade, eles pensam também em termos de ecologia, digamos. Eles classificam os estímulos externos e as reações internas. É observação do que acontece no dia a dia. Muitas vezes, a gente não tem instrumento para explicar, nem medir. (Entrevista 43)</p>

4.2.1.4 Mercado profissional, medicina de grupo e outros praticantes

O primeiro aspecto a considerar sobre esse tema é o reconhecimento de que a acupuntura produz resultados positivos e é acolhida em diferentes ambientes ambulatoriais ou não: SUS, medicina de grupo, clínicas particulares e hospitais [I.f.].

Os médicos entrevistados tinham uma visão geral de que a acupuntura oferece uma boa relação custo-benefício para quem a pratica, mas que já foi melhor no passado [II.f.]. Dessa maneira, foi considerado que os acupunturistas – médicos ou não – das primeiras gerações, e que a praticam como profissionais liberais, encontravam-se em situação confortável, percebendo valores entre R\$200,00 e R\$500,00 para consultas, e R\$150,00 a R\$200,00 para sessões de acupuntura [III.f.]. Já os médicos que praticavam pelas regras da medicina de grupo caíam na lógica que a caracteriza: remuneração variável e considerada baixa, valor das agulhas incluído na remuneração e controle do número de sessões remuneráveis.

Os fatores associados à variação na remuneração dos médicos acupunturistas que atuam como profissionais liberais parece seguir a lógica da MOM. O que faz um médico cobrar mais ou menos são sua qualificação profissional, o cumprimento de normas oficiais, a hotelaria na prestação de serviço e o cumprimento de legislação trabalhista [IV.f.].

A assistência pelo SUS, em atenção primária ou de média complexidade, foi mencionada por dois entrevistados, sendo considerada pouco atraente. Além disso, o mercado da acupuntura foi considerado contaminado por profissionais mal formados e qualificados, comprometendo os níveis de remuneração pelo serviço.

A partir das considerações anteriores propõe-se que: (1) uma relação terapêutica de boa qualidade é um dos aspectos que afetam qualquer tratamento de saúde; (2) existe um componente de mercado nessa relação; (3) em acupuntura, o profissional amíuda o monitoramento do tratamento realizado, intervindo de maneira diferenciada, quando necessário, e (4) há especificidades na investigação científica em acupuntura, assim como na MOM, e todos esses aspectos estão relacionados [V.f.].

Empatia e prestação de serviço de boa qualidade encontram-se na base, portanto, de qualquer relação terapêutica bem sucedida. Já amíudar encontros

terapêuticos é algo considerado novo, e que afeta tanto o paciente quanto quem o assiste. No entanto, foi verificado que isso também pode acontecer na MOM e faz parte do agir simples e pensar complicado (Kloetzel, 2006). Nesse caso, o vínculo estabelecido nessa relação afeta os resultados de um protocolo de pesquisa? Em que medida isso é prejudicial, seja para os resultados dos ECRs, seja para a prática clínica, considerando que essas características também afetam as demais pesquisas?

I.f.	<p>Em São Paulo, a medicina... Como em todo o Brasil, mas São Paulo é privilegiada, e tem... A medicina de grupo conseguiu se instalar. Mesmo a medicina de grupo, eles aceitaram a acupuntura. Agora, existe esse tratamento <i>da massificação</i>. Fora isso, tem o SUS.</p> <p>O grande problema nosso, do SUS... Se fosse, talvez, só com os pacientes daqui de São Paulo, talvez desse conta. O grande problema é que nós atendemos pacientes da grande São Paulo. Eu passo aqui, no Dante Pazanesi, no Ibirapuera, e eu faço questão de observar de onde vêm as ambulâncias, e elas vêm até do sul de Minas. É uma coisa impressionante! Não é de menos que a nossa saúde não pode comportar tudo isso, não é? Mesmo assim, de a acupuntura ser introduzida na rede pública também, foi uma grande conquista.</p> <p>Meu marido trabalha em fábrica. As fábricas também estão com acupunturista. Eu acho que isso muito bom. Nesse sentido, eu acho que, se eles estão é que, realmente, o custo-benefício é satisfatório, mesmo a acupuntura sendo cara. Apesar de que, uma das coisas que a medicina de grupo reclama é que, não é porque faz acupuntura, diminuem-se os gastos com a medicina diagnóstica. Porque o pessoal ainda...</p> <p>E, também, eles são os próprios culpados, não é? Eles são os próprios culpados, porque, quando eles oferecem os serviços, eles falam: “- Não, porque nós temos ressonância, nós temos não sei que mais...” (Depende do plano?) Pois é, e, depois, eles não querem gastar com isso. (Entrevista 9)</p>
II.f.	<p>Financeiramente, ser médico acupunturista? Como tudo, teve uma geração que pôde fazer um pé de meia, vamos dizer, com a prática da acupuntura. Que pegou desde esse perfil de pacientes que faziam acupuntura, nem sabiam bem por quê, inicialmente, até esse perfil mais atual.</p> <p>Hoje, o que está acontecendo? Tem grandes nomes, pessoas já muito estabelecidas como médicos acupunturistas, que têm sua clínica ali, vão ter sempre. E os novos, estão disputando por espaço. É difícil para um colega que se forma aqui, por exemplo, sair daqui, falar que vai abrir o consultório e vai ter fila na lista dele, na sua agenda. Não vai mais, como já teve antigamente. A tendência é de que essas pessoas sejam absorvidas pelos planos de saúde, que vão credenciando médicos acupunturistas e pelo serviço público, que também começa a implementar a acupuntura. Isso está, cada vez mais, sendo o mote, a direção para onde as pessoas vão. Muitas pessoas... Não é pequeno o índice de pessoas que resolvem fazer acupuntura, não por um encontro com aquele tipo de conhecimento ou de terapêutica etc, mas por uma alternativa financeira. O cara está de saco cheio do que está fazendo ou não está ganhando o suficiente com aquilo, e quer alguma coisa amais, então: “- Vou fazer um curso de acupuntura”. Vai fazer. (Entrevista 44)</p> <p>A acupuntura também é viável, no nosso meio, aqui, porque começa a ser</p>

	<p>patrocinada pelos pagadores. No caso, o principal pagador é o convênio médico. Algumas pessoas conseguem arcar com o custo do tratamento, porque, muitas vezes, a pessoa vai tentar, vê que funciona, acaba continuando com o tratamento. Mas o grande mote do meu ambulatório é justamente o patrocínio do pagador. No caso, é o convênio médico. [...]. Como a acupuntura foi incorporada... Isso é fundamental. A acupuntura, incorporada ao arsenal de especialidades médicas do Conselho Federal de Medicina, incorporou uma especialidade que traz uma metodologia. Incorporada a especialidade, os convênios fazem contratos que espelham as especialidades. (Entrevista 63)</p>
III.f.	<p>Quanto ao mercado de trabalho? É interessante, oferece possibilidade de crescimento? É compensador trabalhar com acupuntura?</p> <p>Muito. Sim, o mercado é muito bom, tem volume de paciente. Você nunca vai atingir o patamar de um cirurgião, ou mesmo, até, de um anestesista, que consegue atingir, dependendo de seu grau de investimento pessoal – um cirurgião, com certeza – atinge níveis de ganho mensal que um acupunturista nunca vai atingir. Mas um acupunturista consegue se equiparar a um clínico bem sucedido. A gente fica nesse patamar. Talvez, até, um pouco abaixo, porque a gente faz procedimento. Pouca consulta, muito procedimento, e um clínico bem estabelecido faz bastante consulta.</p> <p>Qual a diferença da consulta para o procedimento? São valores diferentes?</p> <p>Bem diferentes. (Quanto sai uma consulta de acupuntura, em média?) Um clínico especialista, o cara que... Você tem uma avó com Alzheimer, e você vai levar no consultório do Prof. [nome próprio], catedrático da neurologia que fez a carreira dele com Alzheimer, por exemplo. Essa consulta pode chegar a até R\$1.000,00. Um acupunturista nunca vai... [risos] Imagino que não consiga chegar nesse patamar. Uns R\$200,00, R\$300,00.</p> <p>E o procedimento?</p> <p>O procedimento vai ficar em... Particular? Uns R\$100,00, R\$200,00. Menos do que a consulta. Sempre menos, sendo que a consulta sempre vem com a sessão. Na primeira, já vê; se for o caso, já agulha.</p> <p>Quantas sessões por paciente?</p> <p>Umas dez sessões.</p> <p>Quantos pacientes ao mesmo tempo?</p> <p>Vai depender do seu espaço, e, em geral, se você estiver cobrando esse valor top, um paciente por vez. (Um paciente por vez?) Se está cobrando tudo isso, você precisa...</p> <p>Em um consultório privado, é possível trabalhar vários pacientes em diferentes ambientes, ao mesmo tempo?</p> <p>É possível, mas não... Se você vai num médico, e você quer um atendimento top. Você está disposta a pagar. O cara é bom em acupuntura... O cara é especialista em acupuntura oncológica, que é o que quero fazer. Você vai lá, e eu te agulho, e vou embora, vou ver outro paciente...</p> <p>Talvez, você que tem a experiência de que aqui agulha quatro, e sempre dá na mesma, você se sinta à vontade. Mas outro paciente pode não achar isso adequado. Durante a sessão, a pessoa pode passar mal. Durante a sessão a pessoa pode, até, desmaiar. Idealmente, você fica ali, do lado.</p>

	Aqui, a gente consegue fazer isso porque a gente está sempre aqui. (Entrevista 65)
IV.f.	<p>O custo é muito alto?</p> <p>O custo não é dos mais baixos. (Comparado a...?) Comparado à consulta. Por exemplo, se o convênio me paga R\$30,00 pela sessão, eu tenho que saber quanto vou gastar no material, quanto vou gastar na secretária, quanto vou gastar no aluguel, no condomínio; na luz, água, no contador. Entendeu? Hoje, essa relação está em torno de 50%. Estou falando de todos os encargos. Não estou falando só de produto. Produto é menos. Na verdade, um pouquinho mais do que 50%. Talvez chegue a quase 60%.</p> <p>Nesse caso, não é um investimento no material propriamente de trabalho com o paciente, mas sim os outros elementos que compõem isso?</p> <p>Sim, sim. Se você quiser ter um consultório totalmente legalizado, que a ANVISA passou, não sei quê, tal, você tem impostos para pagar. Você tem gente que trabalha para você, você tem 13º, você tem FGTS, você tem um monte de coisas para pagar. Eu procuro pagar todos os impostos, por uma questão de... Meu jeito de ser, minha ética. Eu procuro não sonegar nada, então, o encargo é alto.</p> <p>E o valor médio da consulta?</p> <p>Particular ou convênio? (Varia tanto, não é?) Eu cobro R\$300,00. (Pois é, vou ficar sem tratamento durante algum tempo. [riso]) Mas eu tenho seis anos de faculdade pela medicina da USP, três anos de residência no Hospital das Clínicas, quatro anos para fazer doutorado. Tenho curso em Oxford, tenho esse curso de... Eu não estou... Minha formação é diferente de um cara que fez um curso de fundo de quintal. Com 60% de encargo, sou obrigado a cobrar esse preço. A justificativa é essa. Agora, tenho colegas que tiveram menos formação do que eu, e cobram R\$400,00. Meu consultório fica na região da Avenida Paulista. Veja como é o condomínio. (Entrevista 58)</p>
V.f.	<p>[...] Do jeito que está sendo praticada a medicina no Brasil, o médico dificilmente, especialmente o clínico, ele não tem um retorno sobre o efeito da sua medicação da forma como se tem na acupuntura. Na acupuntura, no mesmo ato da consulta o médico pode fazer o diagnóstico, pode traçar a estratégia de tratamento e, no mesmo ato, ele aplica a acupuntura. Ao sair do consultório, o médico já tem uma noção de se os pontos que foram aplicados foram úteis, adiantaram alguma coisa, ou se ele precisa mudar a estratégia na próxima consulta. Enquanto, em qualquer outro caso clínico, ele necessita de o paciente retornar em uma semana, duas semanas, para saber se ele tem que mudar a medicação ou não, a não ser que esse paciente consiga se contatar com o médico antes disso. Então, eu acho que essa é uma das grandes razões pelas quais muitos colegas estão buscando a acupuntura.</p> <p>A segunda razão é financeira. O convênio, o SUS, a medicina de grupo remunera muito mal a consulta médica. A média, hoje, está em torno de R\$20,00, R\$30,00, a consulta, e, dentro de um mês, se esse paciente retornar, quantas vezes ele quiser, o médico não poderá cobrar, através da guia da consulta. A acupuntura, ao contrário, como é um procedimento terapêutico, o paciente pode voltar uma vez, duas vezes, três vezes por semana, e o convênio sempre vai pagar por esse procedimento. Essa, para mim, é uma razão... Talvez seja a razão motriz pela qual a especialidade está experimentando um boom. Mas a tendência atual é de que se estabilize, como qualquer outra especialidade. Depois do início de crescimento importante, vai chegar um momento de estabilização dos profissionais, porque, ia, vai começar a ter novos</p>

colegas entrando, e antigos colegas se aposentando, e vai acabar, entre outras, preencher a necessidade da sociedade, e vai haver um controle em termos de número de praticantes de acupuntura. Esse é o segundo aspecto, dentro do que a gente espera da expectativa do futuro da acupuntura.

A terceira é uma expectativa acadêmica. Muitos dos antigos, os pioneiros praticantes de acupuntura, dentro da medicina foram colegas que tinham mais preocupação em atender os pacientes. Conforme vai crescendo o número de praticantes de acupuntura, existe uma necessidade muito grande de comprovar sua eficácia, saber quais são os limites da acupuntura. A tendência é produzir bastante trabalhos científicos, em termos de pesquisa, dentro da área de acupuntura.

E, com a globalização, a quarta expectativa é de que haja bastante intercâmbio entre o Brasil e o resto do mundo, em termos de acupuntura. Isso, certamente, vai forçar a uma formação de uma nova geração de profissionais bastante bem formados em acupuntura. Mesmo porque, o mercado vai, cada vez mais, exigir que haja a formação de bons profissionais. Para mim, a discussão se o médico ou profissional de qualquer profissão da área de saúde deve fazer acupuntura ou não termina aí. Eu acho que o mercado vai preferir, qualitativamente, um profissional mais bem preparado para atender às suas exigências. Acho que isso é o caminho natural da especialidade. Se eu tivesse que escolher entre ser agulhado pelo [nomes próprios], ou um profissional que é formado no fundo de quintal de qualquer instituição, sem controle nenhum; se eu tivesse condições de escolher, eu escolheria o profissional mais bem preparado. Essa é a tendência do mercado. Então, para mim, a discussão acaba aí. Não adianta haver outro tipo de discussão. Essas são, basicamente, as expectativas da prática da especialidade no Brasil. (Entrevista 58)

4.2.2 AUTONOMIZAÇÃO: combinando, sem converter – institucionalização da acupuntura no HC-FMUSP

A presente interpretação da história em curso da instalação (autonomização) da acupuntura no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) – em um dos redutos de ensino e pesquisa médica considerados mais importantes da América Latina e mais conservadores do país – aborda a ação de três médicos acupunturistas chineses em sua trajetória profissional naquela instituição e externa a ela, todos formados pelo núcleo conceitual MOM: os doutores Hong Jin Pai, Wu Tu Hsing e Chin An Lin. Seu caminho: a conexão entre ciência e política, natureza e sociedade.

O estabelecimento da acupuntura no HC-FMUSP se caracteriza pela discrição, disciplina e perseverança. Seus líderes desenvolveram, ao longo do tempo, capacidade dialógica e flexibilidade com outras áreas da ciência médica. Nesse caminho, a acupuntura foi se instalando quase imperceptível em diferentes serviços e institutos do HC-FMUSP. Atualmente, há ambulatórios que prestam assistência em

acupuntura na área de clínica médica, geriatria, oncologia, fisioterapia, ortopedia, neurologia, ginecologia, com extensão para o Serviço de Assistência Médica e Social (SAMS) e no ambulatório do Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP), onde é realizada prática de formação de especialistas em acupuntura por meio de parceria com o CEIMEC.

Essa história teve início por volta de 1973, quando a Dra. Satiko Ymamura passou a realizar atividades com uma técnica terapêutica japonesa chamada *Ryodoraku* na Divisão de Medicina Física da FMUSP. Nesse período, a acupuntura era praticada na cidade de São Paulo por pessoas consideradas leigas (sem formação básica na área de saúde), por não-médicos (profissionais com formação básica na área de saúde) e médicos formados em acupuntura por não-médicos e médicos. Essa estratégia terapêutica era veementemente criticada por setores hegemônicos da medicina (Nascimento, 1998), os quais incentivavam a punição corporativa e judicial de médicos e outros profissionais praticantes, neste caso sob alegação de prática ilegal da medicina.

Na mesma época, o Dr. Adib Jatene, catedrático da FMUSP, viajou para a China e, retornando dessa visita, proferiu palestra na FMUSP sobre cirurgia cardíaca com uso de analgesia por acupuntura que provocou o interesse do então estudante de medicina Hong Jin Pai, jovem chinês naturalizado brasileiro formado em 1979. Este teve contato com diferentes escolas de acupuntura na cidade de São Paulo, mas escolheu seguir viagem para a China no ano de 1982, quando frequentou cursos de medicina chinesa em escolas de Cantão e Beijing – e estagiou em uma dezena de hospitais com diferentes estilos de prática de acupuntura – até meados de 1984, retornando, então, ao Brasil e iniciando suas atividades profissionais na área. Como aqui a acupuntura já tivesse grupos organizados em torno de médicos e/ou não-médicos e os chamados leigos, orientados pela(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil, sua atuação em atividades políticas ou acadêmicas ficou restrita à clínica médica nessa época.

Naquele período, ia se formando a primeira associação de acupunturistas, a Associação Brasileira de Acupuntura (ABA) (Figura 5), criada por um grupo de profissionais, liderados por Frederich Johan Spaet e o médico Evaldo Martins Leite, desde os anos 1960.

Nos anos 1980, mais exatamente em 1984, parte dos médicos acupunturistas formou uma associação exclusiva, a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), durante congresso da Associação Brasileira de Acupuntura (ABA) em Brasília, DF. No ano seguinte (1985), essa associação formalizou sua separação dos demais profissionais acupunturistas, promovendo um congresso exclusivo de e para médicos, na cidade de São Paulo (Anexo 4). Dois anos mais tarde, parte desses médicos fundou a Associação Médica Paulista de Acupuntura (AMPA), mais tarde Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA), com base em São Paulo e algumas sedes regionais. No ano de 1998 (processo concluído apenas em 2005), SMBA e AMBA foram unificadas formalmente, por pressão da Associação Médica Brasileira (AMB), e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), devido à inadequação da existência de duas associações representativas de médicos acupunturistas no país. Apesar da unificação, permaneceram vivas divergências entre grupos de médicos acupunturistas, sendo os desdobramentos mais recentes disso a criação do Colégio Médico de Acupuntura Paulista (CMAP), em 2008, e o afastamento voluntário de toda a geração formadora das associações dos quadros gestores do CMBA em 2011, sendo a atual direção composta por uma combinação de seus respectivos discípulos.

A partir de 1987, antes do cisma AMBA/SMBA, três focos de acupuntura foram se instalados no HC-FMUSP. O Professor Juarez Aranha Ricardo, de neurofisiologia, FMUSP, passou a estimular seus alunos à investigação científica da acupuntura, dentre eles o então estudante Paulo Luiz Farber. Este médico ginecologista foi o primeiro aluno da FMUSP a doutorar-se em acupuntura (Farber, 1998), tendo criado uma Liga Científica de Acupuntura no Instituto de Ginecologia, HC-FMUSP, com apoio do Professor de obstetrícia Marcelo Zugaib, congregando estudantes de medicina interessados pelo tema, e contando com uma revista científica na área. Em 1989, organizou o I Simpósio Brasileiro de Acupuntura Científica com apoio dos professores Antonio dos Santos Rocha, de propedêutica clínica, e Vicente Amato Neto, de moléstias infecciosas e parasitárias, FMUSP, entre outros (Farber, 1997). Pelo sistema circulatório latouriano, esse grupo constituiria um laboratório.

No mesmo ano, o Grupo Multidisciplinar de Dor do HC-FMUSP desenvolvia pesquisa científica para verificar o desfecho de infiltração de medicamento para dor miofascial. Assistindo ao experimento, o Dr. Hong Jin Pai teria questionado se o desfecho da investigação se devia à infiltração de medicamento ou ao agulhamento. O Dr. Manoel Jacobsen Teixeira, coordenador do Grupo Multidisciplinar de Dor (GMD) incluiu no protocolo um grupo de intervenção com acupuntura, verificando a eficácia da terapêutica. Desde então, foi instalado um ambulatório de acupuntura ligado ao Grupo de Dor no HC-FMUSP, sob supervisão de Dr. Manoel Jacobsen Teixeira e coordenação do Dr. Hong Jin Pai.

Figura 5. Desdobramentos das associações de médicos acupunturistas, a partir de sua matriz histórica multiprofissional

*Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA) - Informações obtidas no site: <http://www.acupunturista.net/content/association/249/sociedade-medica-brasileira-de-acupuntura/> Acesso em 10 fev 2012.

** Associação Médica Paulista de Acupuntura (AMPA) e Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA) - Informações obtidas no site: <http://www.amba.org.br/v2/pagina.asp?IDPAGINA=04> Acesso em 10 fev 2012.

*** Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA) e Colégio Médico de Acupuntura (CMA) - Informações obtidas no site: <http://www.cmmba.org.br/acupuntura/secao/acupuntura-medica-historico/16> Acesso em 10 fev 2012.

****Colégio Médico de Acupuntura Paulista (CMAP) – Informações obtidas no site: <http://www.cmapaulista.org.br/index.php?mpg=01.02.00> Acesso em 10 fev 2012.

No Departamento de Fisiatria do Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) da FMUSP, a Dra. Satiko Ymamura seguia com suas atividades e formava alunos, dentre eles o Dr. Hong Jin Pai e o Dr. Wu Tu Hsing, médico fisiatra. Este participava de um ambulatório didático, em que aplicava agulhas em pacientes com quadro crônico de dor e insucesso em terapêuticas ocidentais assistidos pelo

ambulatório de Fisiatria do IOT. Nessa época o nome acupuntura não era mencionado. Em seu lugar, falava-se em agulhamento seco **[I.g.]**, ou seja, agulhamento no ponto de dor⁴². Quer dizer, os acupunturistas utilizavam aspectos de identificação entre a acupuntura (na origem, utilizava a estratégia de inserção de agulha no local de dor) e uma especialidade já estabelecida na FMUSP como científica para abrir o caminho técnico do seu estabelecimento, e congregar colegas em torno de sua proposta.

No início dos anos 1990, o Dr. Wu Tu Hsing viajou para a China insular (Taiwan), para estudar acupuntura. Retornando, iniciou as atividades acadêmicas relacionadas à área em ambiente cedido pelo IOT, mas, disputado por ortopedistas e fisiatras. No mesmo ano, o Dr. Hong Jin Pai iniciou as atividades didático-assistenciais do CEIMEC, primeira escola privada a incorporar os princípios da MOM no ensino e prática de acupuntura. Essa iniciativa fortaleceu esse caminho da união da MOM com a MCC na prática e investigação científica em acupuntura. A participação em associações de médicos acupunturistas (SMBA, AMPA, SOMA, CMBA), em cargos de direção contribuíram para a introdução dos princípios científicos nos eventos organizados para médicos acupunturistas, a despeito da resistência das linhas mais esotéricas. Em 1997, o Dr. Chin An Lin defendeu sua tese de doutorado em clínica médica (Lin, 1999, 1997). Convidado pelo colega de turma na FMUSP, Dr. Wu Tu Hsing, passou a integrar a geração de implantação da acupuntura científica no HC-FMUSP. Pelo sistema circulatório latouriano, esse grupo de médicos chineses se apresentaria como contralaboratório, ocupando, ao longo do tempo, o lugar institucional da acupuntura.

A primeira fase de instalação da acupuntura no HC-FMUSP foi marcada pelo preconceito, constrangimento e acusações de charlatanismo contra os médicos que a praticavam na instituição **[II.g.]**⁴³. Os desdobramentos desse processo resultaram na extinção da Liga Científica de Acupuntura coordenada pelo Dr. Paulo Luiz Farber e pela ascensão hegemônica dos médicos chineses: Dr. Hong Jin Pai, na Neurologia,

⁴² Baldry (ibidem) e Bossy (ibidem) informam que o agulhamento seco foi um dos conhecimentos aprendidos da medicina chinesa e incorporado às estratégias terapêuticas ocidentais desde o século 19.

⁴³ Silva (ibidem) relata constrangimentos semelhantes durante o processo de instalação da acupuntura na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, interior do estado de São Paulo, no final dos anos 1980.

Dr. Wu Tu Hsing, no IOT, e Dr. Chin An Lin, na Clínica Médica. O afastamento do Dr. Farber pode ser atribuído ao fato de sua formação básica em acupuntura ter sido realizada com médico ligado à ABA, e de a Liga de Acupuntura por ele coordenada promover cursos de acupuntura ministrados por não-médicos e para os chamados leigos [III.g.]. No entanto, será mais plausível considerar que seu declínio esteja relacionado ao fato de estar vinculado à AMBA, no período do cisma entre associações de médicos acupunturistas, e também por defender a teoria dos circuitos elétricos biologicamente fechados (CEBF) e o *Bi-Digital O-Ring Test* (BDORT), “[...] criado pelo professor Yoshiaki Omura, médico Doutor em ciências pela Universidade de Columbia, New York, com o intuito de estudar os campos eletromagnéticos no organismo e no ambiente, além de suas inter-relações” (Farber, 1997, p.72), o que consistia em heterodoxia para a época, nos estudos sobre acupuntura dentro da FMUSP.

Os primeiros passos da autonomização da acupuntura na FMUSP foram estabelecidos, portanto, por diferentes caminhos, mas teve na Dra. Satiko Ymamura, da Fisiatria; Dr. Manoel Jacobsen Teixeira, da Neurologia, e Dr. Milton de Arruda Martins, da Clínica Médica, as bases de sustentação inicial do grupo que se consolidou [IV.g.].

Durante as atividades de campo, foi observado que o Dr. Wu Tu Hsing e o Dr. Chin An Lin vinham obtendo sucesso na consolidação da acupuntura na vida acadêmica, contando, para isso, com o apoio do Dr. Hong Jin Pai. Segundo informa o site do Centro de Estudos de Acupuntura do IOT-HC-FMUSP (<http://www.fmusp.org.br/instituicao.php>) – e verificado em campo –, sob coordenação geral do Dr. Hsing, e após dez anos de atividades, eles contavam com quarenta colaboradores, entre professores, pesquisadores e estudante de medicina, além de firmar parcerias com escolas médicas em Taubaté, UNIFESP, São José do Rio Preto e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia, entre outras. O Dr. Hsing era, ainda, um dos responsáveis pelo serviço de telemedicina da FMUSP, o qual ministra uma disciplina para pós-graduação e responde pela transmissão de cursos e palestras na modalidade ensino à distância (EAD).

O IOT acolhia as atividades didáticas em acupuntura do Centro de Estudos de Acupuntura do IOT HCMFUSP: Liga de Acupuntura (instalada em 2002), curso

optativo de acupuntura para alunos de terceiro ano do curso de Medicina (instalado em 2006, semestral, com carga horária de 60 horas e oferta de 50 vagas; sem pré-requisito para inscrição); residência médica em acupuntura (instalada em 2007), e curso de especialização em acupuntura para médicos e dentistas (instalado em 1995). O Centro de Estudos de Acupuntura promovia também um Curso de Princípios de Pesquisa Clínica (com duração de oito meses) e um curso de pesquisa clínica em convênio com o *Harvard Medical School program in Clinical Trials*, na modalidade EAD, ambos oferecidos para toda a comunidade científica da cidade de São Paulo ou Brasil. As atividades de acupuntura no IOT iam além: a Liga de Acupuntura atendia em média 110 pacientes por semana no ambulatório didático, e o curso de especialização em acupuntura atendia mais 190 pacientes semanais (representação pública).

As atividades desenvolvidas no IOTHC-FMUSP e no GMD do ICHC-FMUSP contavam com intercâmbio de profissionais formados no CEIMEC. Essa colaboração se estendia à assistência em acupuntura aos pacientes dos ambulatórios didáticos do HC-FMUSP.

Também a partir de 2004, o serviço de acupuntura do Grupo Multidisciplinar de Dor do HC-FMUSP passou a desenvolver protocolos de investigação científica, para os quais colaborava voluntariamente uma equipe de médicos acupunturistas coordenada pelo Dr. Hong Jin Pai. Apenas um estudo foi concluído até a atualidade, sobre lombalgia. Esse estudo foi apresentado no Congresso do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura, e também em evento na China, em 2010. O grupo de pesquisadores envolvidos nessa atividade já participou e estava participando da elaboração de publicação teórica e científica (tradução de obras em chinês) para divulgar informação teórica sobre a área.

No entanto, ainda pareceu haver um caminho a trilhar no sentido de convencer pares e estudantes de medicina para as atividades em acupuntura do HC-FMUSP. Embora os cursos oferecidos sejam formalmente muito procurados (Lin et al., 2008) (o curso optativo da graduação em medicina talvez seja o mais concorrido da instituição), são poucos os alunos que os concluem; e a produção acadêmica na área é muito pequena (23 trabalhos científicos concluídos, até 2010, segundo informação disponível no Banco de Dados Bibliográficos da USP, DEDALUS). Tal

situação evidencia que apenas o convencimento dos colegas (autonomização) e produção científica (mobilização do mundo) não são suficientes para consolidar o processo de legitimação da acupuntura entre aliados e na sociedade. É necessária uma ação política de mais longo alcance, visando a consolidar o núcleo conceitual da acupuntura científica (MCC + MOM).

A segunda estação do sistema circulatório latouriano, em curso no HC-FMUSP, permitiu conhecer a complexidade das redes de conexão que caracterizavam esse processo. Como mostra a Figura 6, sua institucionalização não era restrita ao ambiente, nem à lógica da universidade e da vida acadêmica. Ela apresentava três eixos constitutivos: a própria FMUSP, as associações representativas profissionais e a produção científica.

O primeiro eixo orientava a estruturação da acupuntura na FMUSP, começando pela Liga de Acupuntura do IOTHC-FMUSP e assistência na Neurologia, no final dos anos 1980; com o curso de especialização do IOTHC-FMUSP, assim que a terapêutica foi reconhecida como especialidade médica (1995); em seguida, o curso optativo para a graduação e a residência médica, além do grupo de pesquisa da Neurologia e a replicação de ambulatórios em diferentes departamentos e institutos. Esse eixo conectava a autonomização com a mobilização do mundo, pois a assistência em acupuntura só não é mais volumosa pela menor oferta de serviços em relação à demanda. Também conectava a representação pública, na medida em que possibilitava à população acesso gratuito a um serviço de saúde oneroso quando realizado no sistema privado (cerca de R\$1.200,00 para um pacote de uma consulta e dez sessões semanais, considerado um tratamento padrão – aproximadamente R\$400,00/mês) [calculado a partir de todas as entrevistas], e ampliava os canais de comunicação com a mídia, tornando a terapêutica visível. E mais, os cursos de especialização em acupuntura para médicos oferecidos pelo IOTHC-FMUSP e o CEIMEC estavam entre os poucos credenciados pelo Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA) para acesso ao título de médico acupunturista, o que fazia a conexão com a estação das alianças.

O CMBA, por sua vez, foi resultado da fusão de duas associações anteriores, a Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA) e a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), por exigência da Associação Médica Brasileira

(AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), principais órgãos representativos dos médicos. A conquista do reconhecimento da especialidade foi outro exemplo dessas alianças (Figura 5) [V.g.].

A pesquisa científica em acupuntura, realizada em diferentes departamentos do HC-FMUSP e acompanhada no grupo de acupuntura do GMD ICHC-FMUSP, apresentou-se como o terceiro eixo da autonomização. Tema complexo, enredava todas as estações do circuito latouriano. Era parte intrínseca da mobilização do mundo (havia assistência efetiva à saúde, ainda que com duplo objetivo: fazer tratamento de saúde e testar a eficácia desse tratamento); era o que legitimava a autonomização; era o que fortalecia a representação pública, dando *status* de verdade e estimulando a realização de novos protocolos de pesquisa, e era o que tecia as alianças com outras áreas médicas da FMUSP, da AMB e do CFM, e com outras esferas de poder político, como o Ministério da Saúde e instituições internacionais.

A especialidade na área pode ser considerada o nó górdio de todo o circuito. Há quase vinte anos de seu reconhecimento como especialidade médica, a acupuntura conseguiu especializar cerca de 3.000 médicos, contra, acredita-se, dez vezes mais de outros profissionais da área de saúde ou não. As informações não são oficiais, pois a ausência de regulamentação impede um registro mais próximo da realidade. Apesar disso, há grupos de médicos que defendem a exclusividade médica no ensino e prática da terapêutica (Iorio, 2007).

Em outros países do ocidente, como EUA e Reino Unido (RU) o processo de estabelecimento da acupuntura seguiu caminhos diferentes do verificado no Brasil. Nos EUA, onde a acupuntura foi introduzida no sistema de saúde pelo início do século 19, as disputas em torno do ensino e prática da terapêutica já foram acomodadas há pouco mais de dez anos. Em 1996, a *Food and Drug Administration* (FDA), agência do governo norte-americano para a saúde, registrou a acupuntura como terapêutica médica e objeto de experimento. Em 1999, a acupuntura foi regulamentada nos EUA (Leake & Broderick, 1999). Não foi um processo simples, nem livre de controvérsias entre médicos e não-médicos, assim como acontece atualmente no Brasil (Johnston et al., 2004). Em 2001, 42 estados federados norte-americanos regulamentaram a prática de acupuntura também para não-médicos (Kaluokalani et al., 2005) e, em 2004, o Departamento de Saúde daquele país

iniciou uma consulta no sentido da regulamentação da acupuntura médica. Importante observar: tal qual na cidade de São Paulo, os acupunturistas norte-americanos utilizam diferentes núcleos conceituais (MCC, MOM/neuroanatomia) no exercício da profissão, e diferentes técnicas de agulhamento, sendo que os médicos utilizam mais o conhecimento da MOM e os não-médicos o da MCC.

Kalauokalani et al. (2005) estudaram estratégias terapêuticas para tratamento de dor lombar crônica e demonstraram que, embora médicos e não-médicos utilizem estratégias nem sempre semelhantes para elaboração do diagnóstico, ambos escolhem os mesmos pontos para o tratamento dessa enfermidade. Os médicos são distinguidos dos não-médicos pelo uso de outras estratégias diagnósticas e terapêuticas: exames complementares, prescrição de fármacos e procedimentos invasivos como bloqueio de nervos.

No Reino Unido, onde a acupuntura está em processo de regulamentação legal (The Acupuncture Regulatory Working Group, 2003), a terapêutica foi promovida pelo médico Felix Mann⁴⁴ partir de 1958, embora já fosse conhecida desde o século 19, com uso no tratamento de dor musculoesquelética por meio de agulhamento nos pontos mais sensíveis (agulhamento no ponto gatilho miofascial). Em 1980, foram criados o *Council of Acupuncture* do Reino Unido, e a *British Medical Acupuncture Society* (BMAS), uma dentre várias associações de acupunturistas do Reino Unido. A BMAS promove reuniões científicas bianuais. Ela é membro fundadora do *International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques* (ICMART), criado em 1983, e promoveu congressos mundiais na área. Além disso, participou da padronização internacional da nomenclatura dos meridianos em 1990. Nesse mesmo ano, foi criado o *British Acupuncture Accreditation Board* (BAAB) no Reino Unido.

Em 1995, ano em que a acupuntura se tornou especialidade médica no Brasil, a BMAS criou um comitê para certificação de acupunturistas médicos, com exigência de recertificação a cada cinco anos⁴⁵. A BMAS possui um periódico desde

⁴⁴ O Dr. Felix Mann tinha domínio do chinês clássico e do contemporâneo e viajou para a China, tendo aprendido em escolas de Beijin, Nanjing e Shanghai. Foi presidente honorário da London-based medical acupuncture society, associação que antecedeu a *British Medical Acupuncture Society* (BMAS) (Baldry, ibidem).

⁴⁵ O Brasil conta com uma Comissão Nacional de Acreditação Médica com características semelhantes, desde 2006 (www.cna-cap.org.br).

1981 (*Acupuncture in Medicine*), reconhecido no meio científico e indexado, para divulgação de ensaios clínico e revisões; publica livros; oferece cursos de diferentes níveis, e, atualmente, conta com médicos e não-médicos entre seus membros. Sua linha de atuação é vinculada ao núcleo conceitual da MOM, com ênfase na neurofisiologia e na neuroanatomia. Na cidade de São Paulo, esse tipo de abordagem é observada de maneira sistemática no HC-FMUSP e no CEIMEC.

Semelhante ao que vem acontecendo na cidade de São Paulo, a acupuntura praticada pelos membros fundadores da BMAS era, no início, mais vinculada à MCC. No entanto, foi gradativamente mudando sua orientação, e aceitando que a legitimação da terapêutica devia passar pelo escrutínio da comunidade científica. A partir de 1998, a BMAS passou a admitir fisioterapeutas e outros profissionais da saúde como membros, devido à política multiprofissional do *National Health Service* para a área de saúde (Baldry, 2005).

No Reino Unido, existem duas formas de regulamentação profissional, uma legal e outra voluntária. Na primeira forma, os profissionais são obrigados a se registrar no órgão regulador para exercer a profissão. Na segunda forma, o órgão regulador não tem força legal, e o profissional não precisa ser registrado para exercer a profissão (http://www.bma.org.uk/health_promotion_ethics/complementary_medicine/camwhatpatientsmaybeusing.jsp?page=9#.T2TC88WLMa t). No caso da acupuntura, são reconhecidos dois núcleos conceituais que orientam a terapêutica: a MCC e a MOM, sendo que esta segue os parâmetros da medicina baseada em evidências (MBE). A regulamentação ainda é voluntária, sendo considerada frágil na proteção dos pacientes, segundo a perspectiva de grupos de profissionais da área. Isso motivou a criação, em 2003, de um grupo de trabalho composto por representantes de *The Department of Health*, *The Prince of Wales's Foundation for Integrated Health*, *The Acupuncture Association of Chartered Physiotherapists*, *The British Academy of Western Acupuncture*, *The British Acupuncture Council* e *The British Medical Acupuncture Society*, visando a elaborar

Figura 6. Estação de autonomização (Au) da acupuntura no HC-FMUSP em sua complexidade

uma regulamentação legal da acupuntura. No entanto, o que rege a prática da terapêutica ainda é o *Health Act*, de 1999. Quer dizer, no Reino Unido, a acupuntura é uma prática multiprofissional.

Na cidade de São Paulo, Brasil, a dificuldade de atrair médicos para a acupuntura e consolidar seu estabelecimento como especialidade exclusiva pode ter raízes no preconceito histórico contra a terapêutica (Nascimento, 1998), mas também pode estar relacionada à complexidade do núcleo conceitual da MCC. Um dos propósitos dos líderes da acupuntura no HC-FMUSP foi o de adequar a MCC à MOM, explorando seus pontos de conexão. Se esse caminho levou à perda de extensão no conhecimento da MCC, abriu o acesso à terapêutica e contribuiu para sua democratização entre uma clientela incapaz de arcar com os custos privados desse tratamento de saúde.

Os depoimentos dos médicos entrevistados sobre a história do estabelecimento da acupuntura no HC-FMUSP apresentaram informações fragmentadas, o que evidencia pouco interesse pelo tema. O mais importante para esses profissionais era acompanhar continuamente seus ícones na área, a fim de aprender na prática e aprimorar sua técnica. Foram referidos como elementos históricos uma palestra proferida pelo Dr. Adib Jatene (em data não esclarecida, mas provavelmente no final dos anos 1970); a incorporação da acupuntura nas atividades do Grupo Multidisciplinar de Dor do ICHC-FMUSP (1989) (para o qual parte dos médicos entrevistados colaboram voluntariamente); a criação da Liga de Acupuntura (1989, 2002); a fundação do CEIMEC (1990) – único curso privado autodenominado de acupuntura científica –, e do curso de especialização médica em acupuntura, em ambiente cedido pelo IOT-HC-FMUSP (1995), e a criação da SMBA, em 1990, ano da criação do CEIMEC.

Foram identificadas também as divergências entre as associações que antecederam a fusão no Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA) [VI.g.] e a autonomia interna dos grupos de acupunturistas na própria FMUSP (os grupos mantêm contato nos congressos e em algumas atividades do CMA-SP, mas não se misturam) [VII.g.]; a característica multiespecialista da acupuntura, que transparece nos congressos e na prática clínica.

Dois temas abordados pelos médicos entrevistados foram considerados importantes no processo de autonomização da acupuntura no HC-FMUSP: os congressos de acupuntura médica e a inexistência de um departamento de acupuntura (ou de MCAs) na FMUSP.

<p>I.g.</p>	<p>[...] agulhamento seco é uma prática da fisioterapia, que não é necessariamente ligada à metodologia da acupuntura.</p> <p>[...] Lembra que eu falei no começo, de que acupuntura está ligada à miofascial, e que 80% das queixas e sintomas são de origem da musculatura. Os pontos de acupuntura são normalmente localizados em músculos. Dentro do músculo. E alguns músculos adoecem, e exibem as doenças deles em alguns pontos no músculo. Não é surpresa dizer que coincide com os pontos de acupuntura, muitas vezes! Por exemplo, existe uma doença clássica. É o músculo piriforme, na nádega, que dá uma dor do tipo ciática. O ponto de agulhamento do piriforme... Se eu quero fazer uma infiltração do piriforme, vou injetar em um ponto do piriforme. É o GB30! É um ponto de acupuntura, já descrito lá no Imperador Amarelo. Porque os músculos dos humanos sempre foram os mesmos. Há um milhão de anos que a gente evoluiu, então, deve estar igual. No mínimo, há cem mil anos a gente está em esse tipo de estrutura, de pele, de fâneros. A acupuntura tem quatro mil! Não tem muita novidade onde dói. A novidade é você dar nome. Como, na época, era vigente essa questão...</p> <p>Acredito que os sumérios devam ter... têm. Papiro de Hebers tem descrição de enxaqueca. Descreve: dor de um lado só, vômito, náusea, ficar vermelho o olho, papiro de Hebers. Acho que o cara, na caverna, devia ter sua receitinha de jeito para... Colocar um gelo na testa para melhorar cefaleia tipo enxaqueca. É uma questão de nome. Cada pessoa vai dar um nome de acordo com a política, com a lógica e com a ética do momento histórico em que as pessoas estão vivendo. Mas a doença é a mesma. A pessoa é a mesma!</p> <p>O agulhamento seco é o agulhamento que se dá, quando você faz o agulhamento de um ponto que não obrigatoriamente é um ponto de acupuntura. É onde você agulha... Sempre que uma agulha entrar em um músculo, sempre que uma agulha penetrar em um músculo, esse músculo vai relaxar. Fato neurofisiológico. Se você colocar a agulha em um ponto mais específico do músculo, o relaxamento é mais intenso. E, se colocar em um ponto doloroso, é um desses pontos-chave, que você pode meter a agulha lá, e ele relaxar. Eles chamam de ponto-gatilho.</p> <p>A dor é miofascial, quando tem ponto-gatilho. Nem sempre tem, mas, quando tem; se você flagrar um ponto-gatilho, você pode meter uma agulha lá, que...</p> <p>Se não quiser meter agulha, aperta por vinte minutos o ponto-gatilho. Você isquemia ele, e, aí, ele relaxa. É como se fosse agulha. Então, depende. Agulha é só um jeito. É que é bem mais fácil agulha.</p> <p>Agulhamento seco é prática fisiátrica. A acupuntura, vai haver ocasiões em que vai coincidir o ponto de acupuntura com o agulhamento seco. Mas a acupuntura me permite tratar à distância, o ponto. Porque, o ponto que era para receber agulhamento seco, está normalmente inserido no meridiano. E, pelo método da acupuntura, se eu meter agulha no meridiano, eu trato o meridiano como um todo, incluindo o ponto que está doente. (Entrevista 63)</p>
--------------------	--

<p>II.g.</p>	<p>Sim, quando começamos... (Sempre foi protocolo?) Não! Nós começamos tratando os pacientes. Nós não éramos nem reconhecidos. É uma briga! Lá, foi assim, uma briga. Por exemplo, a acupuntura não era reconhecida, ninguém queria acupuntura. Você já entrevistou o [nome próprio]? (Já.) Pois é, ele não te contou que ninguém queria... (Ele foi muito discreto.) Mas ninguém queria. Quer dizer, não queria... O pessoal não acreditava, não é que não queria. E, lá, o que acontece? Na USP é muito acadêmico. Você tem que provar isso, tem que provar aquilo. O pessoal quer a ciência acima de tudo. E nós estávamos começando. A gente foi convidado para tratar os pacientes. Quer dizer, [nome próprio], e eu vim depois.</p> <p>Depois de muito tempo que começou a aparecer... Não, até que não foi tanto tempo. Não foi, pensando bem. Aí, a gente começou a pensar em fazer trabalhos científicos e protocolos. Foi todo um começo de organização. Você imagina que nós não tínhamos nem uma sala fixa? A gente pipocava.</p> <p>Nesse atendimento que era dado não tinha...?</p> <p>Não, nós tínhamos uma sala. Daqui a pouco, o pessoal usava aquela sala para alguma coisa, op! Tínhamos que começar a fazer em outra. Daqui a pouco, ia para outra. Você sabe aquela sala do HC, que hoje eles fazem preenchimento de bomba, curativos, tudo? Que os pacientes ficam praticamente... Nós estávamos lá, uma das vezes. A outra vez, estávamos lá naquele bem fundão. Depois que definiu, e a gente conseguir essa sala, e um armariozinho. Foi uma batalha! Mas sempre corria atrás disso aqui. E nós não tínhamos... Cada um, lá, tem uma unidade. A nossa unidade, batalhei muito. [nome próprio] pode falar. Para que a gente tivesse uma unidade. Porque, assim, naquela época, atendíamos muito mais do que atendemos hoje. Porque o hospital era muito mais aberto. Nossa! A gente tinha de trinta atendimento para mais, toda vez que a gente ia lá. Era muita gente.</p> <p>Houve um reescalonamento dos atendimentos, porque a coisa ficou impossível. Você sabe, o Hospital das Clínicas é terciário, quaternário, e o pessoal ia lá até para fazer exame de fezes, exame de urina, que podia fazer no posto de saúde. Aí, deu uma tranquilidade maior. A quantidade era duplicada. Só que, durante muito tempo, nós não tínhamos estatística. Nós não existíamos como acupuntura, no hospital. Eu não aceitei isso. Começamos a brigar, brigar, brigar, brigar. Um dia nós passamos a ter uma unidade. Somos 3003, três mil e três. Quando o pessoal encaminha lá, vai para o 3003, vem para a gente.</p> <p>Foi uma vitória?</p> <p>Sim, foi uma vitória. Hoje, se você quiser fazer uma estatística para ver número de pacientes que a gente atende, quanta gente a gente já atendeu, está lá, podemos fazer o levantamento. Só que os milhares, antes, não tem. Ficou sem o registro oficial. Quer dizer, existe a história, mas não existe o registro da história. Era época que se passava de boca em boca. A gente passava de boca em boca para frente. Foi isso que aconteceu, até que a gente conseguiu direitinho. Conseguimos aquele armário que você conhece. Foi uma batalha colocar as agulhas naquele armário. É assim: quem fornecia as agulhas era o [nome próprio]. Só que, naquela época, ainda teve um período que as agulhas eram reutilizadas, mas eram esterilizadas como se deve. Esse pessoal que veio agora, pegou mamata, não pegou nada disso. Vinha com o nome do paciente, tudo. Até que, um período, começou-se a usar as agulhas descartáveis que o [nome próprio] trazia. Ele que acabava fornecendo. Depois, conseguimos que o hospital comprasse. Foi outra coisa que fui ver junto com a enfermeira.</p> <p>Nós temos prova viva de tudo. A enfermeira saiu, foi remanejada de lá. Ela estava há anos, jê, lá, até que eu fui falar com ela. Eu ficava vendo todo esse tipo de coisa também. Fui falar com ela, ver quais agulhas nós precisávamos. Depois, o</p>
---------------------	---

	<p>hospital começou a adquirir. Eles começaram a comprar as agulhas, e o hospital começou a fornecer como material do hospital.</p> <p>Isso, você tem ideia há quanto tempo?</p> <p>Não me lembro, mas, olha, ainda não estava esse pessoal que é mais novo [...]. Não me lembro, exatamente.</p> <p>E outra coisa que a gente conseguiu lá, que também eu fui ver isso – quer dizer, sempre tinha o [nome próprio], que eu ia falar com ele –, foi o SAMS, o serviço dos funcionários. Lá, a gente montou...</p> <p>Antes de eles mudarem o lugar nós tínhamos uma clínica, como uma clínica particular. Era um espetáculo!</p> <p>Onde?</p> <p>Lá no SAMS! Tem uma enfermeira lá, que ajudou a montar. Ela ainda está lá, no hospital, acho que ela não se aposentou, não.</p> <p>Ah, houve uma facilidade. Realmente, me deu um pouquinho de sorte, nessa época, por quê? O Dr. Anacleto Volthorpe[?]. Ele foi da minha turma, quando me formei. Ele era o diretor responsável do SAMS. Fui falar com eles sobre isso, e ele aceitou. Ele gostou da ideia de fazer acupuntura só para os funcionários. Com ele e a enfermeira, conseguimos montar. Eu estava ajudando nisso aqui. O [nome próprio] sabia que a gente estava fazendo. Era muitíssimo bem montado. A gente tinha divisórias com biombo, tudo bonitinho, muito bem. Só que o SAMS foi mudado de lá, foi para outro lugar. Ficou um pouco mais difícil a disposição. Agora, não temos mais uma sala única que a gente atende. Lá, a gente tinha uma sala que a gente atendia, especial, só para a gente. Agora, a gente tem, só que não ficou como ela era, tão... com aquela montagem toda. Ela era bonitinha, tudo. Tem que atender em mais de uma sala. Mas tem uma médica, agora, outra médica, lá. O Dr. Anacleto faleceu infelizmente. Tem uma outra médica, que eu não me lembro o nome, que também sabe como são as coisas. Tive uma entrevista com ela, uns dois anos atrás, mais ou menos. (Entrevista 59)</p>
III.g.	<p>Teve uma Liga chamada Liga Científica de Acupuntura. Ao criar, foi iniciada aqui, com a fisioterapia como clínica mãe, significa a clínica que assessora. Depois, percebemos que eles tinham condutas não condizentes à nossa atuação, porque eles convidavam... Nós temos uma linha de que a acupuntura deva ser na mão do médico, orientado por médico, ensinado por médico, para os médicos. Por uma questão de ser uma questão do Conselho Federal de Medicina, por ser ato médico, e por ser um procedimento invasivo. Como essa Liga começou a convidar os médicos que davam cursos para não-médicos, nós tentamos intervir. Aí, percebemos que a fisioterapia não era clínica responsável pela Liga. Era apenas uma clínica que cedia espaço à Liga. Tomamos uma decisão: ou somos responsáveis, ou não vamos emprestar espaço para a Liga. Eles preferiram ir para a ginecologia/obstetrícia e, logo depois, foi extinta essa Liga científica de Acupuntura.</p> <p>Quando os alunos da Liga Científica de Acupuntura, desesperados pela extinção, foram expulsos da obstetrícia, vieram falar conosco. Achemos, por bem, não manter o nome antigo, e criamos a Liga de Acupuntura. Uma nova situação, para não amarrar a ideia daquela Liga Científica de Acupuntura, que teve condutas não condizentes com a clínica. A gente achou melhor não manter o nome. (Entrevista 62)</p>
IV.g.	<p>Veja, ninguém é <i>naïf</i> o suficiente para imaginar que as coisas vão acontecer... A gente não pode... Nós temos que ter alguém que seja uma pessoa muito graúda dentro do contexto universitário, que nos dê guarida para começar a fazer as coisas. Nem eu, nem o [nome próprio], nem qualquer um que está aqui tem</p>

	<p>a dedicação exclusiva, 24 horas para acupuntura. Vai precisar disso, um dia. Nós estamos lutando para nossa própria sobrevivência. Nós temos compromissos com a universidade, com o hospital, com consultório, com a família. Não dá para a gente se dedicar 24 horas. Mas algumas coisas têm sido feitas. Primeiro, publicação. Já andamos publicando alguns trabalhos. Esse trabalho de ensino, saiu na Revista da Associação Médica Brasileira, recentemente, agora, em setembro; temos levado trabalhos importantes para congressos mundo afora; e vamos forçar uma realidade. Temos que ter um centro de pesquisa, centro de estudos em medicina complementar. A partir daí, vamos formar massa crítica. Este centro, que está subordinado, por enquanto, talvez para a clínica geral, que é onde atuo, meu chefe dá guarida, um dia ele vai adquirir ares de independência, porque ele vai ter criado uma massa crítica, vai ter acumulado conhecimento suficiente para andar com as próprias pernas. Eu não vejo isso para a minha geração, eu vejo isso para a próxima geração. É uma coisa com consciência, estamos planejando. Mas a gente não está andando a passos largos por questão de contingência, não porque a gente não queira. A gente quer! Mas é necessário você ter estrutura para isso. Para você formar um centro de pesquisa, você precisa do espaço físico, como vai ser chamado, que CNPG você vai ter. E tudo isso demanda tempo de estudo e... A gente está primeiro criando uma realidade da sua existência. Então, publicando trabalho. (Entrevista 58)</p>
V.g.	<p>Por que toda vez um congresso começa em primeiro... Primeiro, segundo... Primeiro, segundo? Não tem uma continuidade? Tem uma continuidade?</p> <p>Não tem uma continuidade exatamente por conta disso que acabei de falar. Você vê que os nomes da sociedade foram mudando. E como foram congressos <i>das</i> sociedades, você muda, a sociedade muda, e você passa a ser o primeiro daquele novo nome. Agora, acabou de ter uma briga, porque a CMBA... A gente fez o congresso em outubro, que foi o primeiro congresso do CMA, internacional, do CMA-SP; que substituiu os congressos internacionais da SOMA-SP. Substituiu, não é que seja exatamente o mesmo congresso.</p> <p>O CMBA tinha feito um congresso no ano passado, em Porto de Galinhas, que foi o primeiro congresso do CMBA, que é CMA unificado. Quando foi esse congresso, agora, seria o segundo congresso do CMA, que a gente fez juntos. Segundo congresso do CMBA, primeiro congresso do CMA-SP. Acontece que o Dirceu, politicamente, pensou o seguinte: “Quantos congressos de caráter brasileiro já foram feitos, juntando tanto os da AMBA, quanto os da SMBA? Ah, foram tantos, que eu não lembro quantos”. Então, ele resolveu, por homenagem a todos os congressos de caráter brasileiro, ele botou oitavo, nono, sei lá. E foi publicado assim. Foi uma gritaria geral: gente que xingou ele pela internet, por e-mail; pessoal da AMBA que ficou bravo, porque ninguém entendeu que estavam ali <i>todos</i>, tanto da AMBA quanto da SMBA. Eles entenderam que foram desprezados todos os que já foram feitos, e só os da CMBA. E não foi isso. Ele juntou tudo para dar um caráter de que aquele continuava sendo o congresso brasileiro. (Senão, fica reinaugurando, reinaugurando...?) Exatamente. Você não estabelece as edições. (Dá uma sensação de instabilidade.) E não tem esse caráter das edições que todos os congressos estaduais ou nacionais têm. É por isso que...</p> <p>A gente vive em um país em que as tradições são construídas, mas considerar, por exemplo, o vigésimo congresso é mais sólido do que o primeiro ou o segundo?</p> <p>Claro. Foi o que ele pensou, na hora de apresentar à CMBA. Você chegar para a AMB, que centraliza tudo, e falar: “-Nós vamos fazer o nosso 15º</p>

	<p>congresso”, é muito mais importante do que falar: “- Nós vamos fazer o segundo congresso brasileiro de acupuntura”. (Do ponto de vista simbólico, faz diferença isso?) Sim, lógico. Era isso, essa era a ideia dele. Mas deu essa grita geral.</p> <p>Então, na acupuntura, tudo é muito difícil. Por causa desses nichos. As outras especialidades têm algumas coisas assim, mas relativamente resolvidas. Por exemplo, A pediatria tem um grupo forte em São Paulo e outro no Rio de Janeiro. O congresso deles, um ano faz o pessoal do Rio, outro ano faz o pessoal de São Paulo. E fica assim, eternamente. E fica todo o mundo aceitando. Quando é em São Paulo, o pessoal do Rio mete o pau, e vice-versa. É assim, mas já está estabelecido que vai ser assim. Já é a regra. E esse, não. Fica, faz joguinho, tem um monte de meandros políticos que atrapalham a especialidade. E, agora, estamos em época de eleição. Vai ser pior. (Entrevista 44)</p>
VI.g.	<p>O CMBA fez uma <i>unificação</i> da bibliografia para a prova. Ele unificou <i>em acordo</i>, em todas as escolas. Lógico que houve pressão de alguns grupos para que alguns livros não entrassem ou que alguns livros fossem acrescidos. Porque tem livro traduzido pelo Dr. [profissional], tem livro traduzido aqui, pela gente. Tem livro traduzido pelo pessoal da AMBA. Cada um, quer defender seu livro nessa coisa. Mas um autor foi tirado da bibliografia, que é o Macioccia, porque ele não é médico, e porque até hoje a gente não sabe direito se são as traduções ou se são erros conceituais dele, o livro tem muitos erros. Tem coisas que a gente percebe que é da tradução; tem coisas que parece ser conceitual. E tem esse pormenor de ele não ser médico. É uma luta da classe dos acupunturistas médicos que a acupuntura seja feita por médico. Então, não teria sentido que a gente... pelo menos político, que estudasse por um livro de alguém que não é médico.</p> <p>Os livros de chineses traduzidos, esses chineses são médicos, do ponto de vista ocidental?</p> <p>São médicos daquele ponto de vista que eu expliquei. São médicos formados da escola chinesa. Tem de tudo. Tem formado... (Entrevista 44)</p>
VII.g.	<p>Eu acompanhei o Instituto de Ortopedia e a Neurologia. E sempre me perguntei por que o curso aqui, nesse ambiente, e não em outros? E você disse que existe em outros. Eles são autônomos?</p> <p>São autônomos.</p> <p>Por exemplo, não existe uma reunião de coordenadores, o [nome próprio] não se reúne com essas pessoas das outras áreas?</p> <p>Não, uma parte deles é monitor aqui. O [nome próprio] é monitor, a [nome próprio] é... Eles têm entrosamento, têm contato entre eles. Não é totalmente isolado. Funciona assim. Você faz o curso. Se você quiser abrir um ambulatório de acupuntura dentro da sua área, você abre e eles dão apoio, dão... A gente faz o curso aqui, a gente fica... Teoricamente...</p> <p>Acho que, no HU, também deve ter... Porque o [nome próprio] é do HU. O [nome próprio] é gineco de lá. Deve ter. Cada um deles tem. (Entrevista 64)</p>

4.2.2.1 Congressos de acupuntura médica

Como mencionado antes, o primeiro congresso exclusivo para médicos acupunturistas aconteceu em São Paulo, no ano de 1985, com participação de profissionais que, até o ano anterior, integravam a Associação Brasileira de Acupuntura, multiprofissional. Comparando-se os programas daquele congresso com o realizado no ano de 2010, é possível observar a ênfase no núcleo conceitual da MOM e desvinculação de temas mais místicos e esotéricos para a medicina baseada em evidências, embora parte dos médicos acupunturistas mantenha a assistência em acupuntura conforme a(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil (Anexos 4 e 5).

Promovidos atualmente pelo CMBA – sendo realizados alternadamente na cidade de São Paulo e em outras localidades –, esses eventos eram anteriormente divididos entre as associações que o precederam. Com a unificação das associações médicas de acupuntura (AMBA e SMBA), os grupos de acupunturistas passaram a dividir entre si os temas dos programas dos congressos para que os interesses das diferentes linhas fossem contemplados. Além dos profissionais nativos, os congressos contavam com palestras de acupunturistas estrangeiros, em geral chineses, que podiam ou não ter sido formados pela MOM. Os temas discutidos eram os mais variados, passando por aspectos políticos, como o Projeto de Lei nº 7.703/06 (Ato Médico) em tramitação no Congresso Nacional, a técnicos, como estratégias terapêuticas para tratamento de diferentes enfermidades, a residência médica na área, honorários e remuneração pela medicina de grupo, pesquisa científica, aulas e *workshops* (Anexo 5). Dentre os médicos entrevistados, houve uma interpretação dos congressos como ambiente para construir novas redes de conexão [I.h.] ou fortalecer as já existentes.

Reitera-se um aspecto importante desses congressos: o fato de eles subverterem a excessiva especialização, costumeiramente considerada uma das fragilidades da MOM. É possível que os congressos de médicos acupunturistas sejam um dos poucos, senão os únicos capazes de reunir todas as especialidades médicas. Como os médicos acupunturistas têm outra especialidade, os congressos respondem às suas necessidades específicas. No entanto, todos podem conhecer as estratégias

terapêuticas de todos e aprender sobre outras especialidades. Isso pode não acontecer na prática, mas as portas estão abertas. Pode-se considerar que esse seja o retorno da clínica, daí ter sido considerado que o acupunturista é um generalista, em MOBILIZAÇÃO DO MUNDO [II.h.].

O reconhecimento da acupuntura como especialidade médica em 1995, trouxe como consequência a instituição de uma prova de título de especialista em acupuntura (TEAC) para médicos em 1999. Durante as atividades de campo, essa prova era acoplada aos congressos. A prova contava com uma parte teórica, uma parte prática e uma parte de análise de currículo do candidato. A prova teórica era desenvolvida com base em uma literatura que contemplava as diferentes linhas de acupunturistas médicos nativos, com exceção de literatura não-médica sobre o assunto, senão as traduções do chinês. A prova prática implicava na avaliação de atendimento em acupuntura, e a prova de títulos levava em consideração a escola onde o médico fez seu curso de especialização (credenciada pelo CMBA), estágios no Brasil e no exterior, participação em congressos, entre outras experiências na área. Não eram aceitos certificados de escolas que tivessem professores não-médicos ou não-médicos como alunos.

I.h.	<p>O que se discute nesses congressos? Só a parte técnica, só a parte científica? Existe algum outro tema abordado?</p> <p>Hoje em dia, você não é obrigado a ir para congresso, na minha opinião, para melhorar seu conhecimento. Basta entrar nos sites médicos especializados, você consegue melhorar sua bagagem de conhecimentos.</p> <p>Esses congressos servem para encontrar pessoas; trocar opiniões, trocar ideias com pesquisadores sobre trabalho, sobre como se consegue financiamento para pesquisa, essas coisas. Basicamente isso, e a parte de confraternização. Por exemplo, veio para cá um membro da sociedade para Pesquisa em Acupuntura, que é um organismo americano. Através do conhecimento dele, posso mandar os alunos que queiram se especializar sob a supervisão dele. Temos um determinado conhecimento nesse sentido.</p> <p>Esses encontros servem para estabelecer laços. Basicamente, para mim, é isso. (Entrevista 58)</p>
II.h.	<p>[...] na verdade, você tem que ter um conhecimento geral. Você tem que saber clínica; você tem que saber ginecologia; você tem que saber um pouco de ortopedia; você tem que saber neuro, tem que saber... bastante coisa, para não ficar comendo bola". (Entrevista 5)</p> <p>[Nos congressos] Tem de tudo! Tudo. Tudo, tudo, tudo. Por exemplo, participei de uma mesa redonda. Quer dizer, fui presidente. Geriatria, era o tema. O tema amplo era <i>geriatria</i>. Só que, aí, cada um falou um assunto. Por exemplo, a</p>

	<p>primeira pessoa que falou... Até não me lembro mais. Eu sei que teve um, por exemplo, o [profissional], do nosso grupo, lá. Ele é acupunturista e geriatra. Ele falou sobre demência; Alzheimer, essas coisas todas, e mostrou alguns trabalhos, os resultados que deram, em termos de tratar essa parte de demência com acupuntura. Antes dele, falou um senhor que é acupunturista já antigo, japonês. Ele falou empiricamente, sobre medicina tradicional chinesa e tratamento de depressão, não sei quê, tudo, sem base científica nenhuma. Falou, assim, meia hora. Deu o recado dele também. Porque o pessoal que...</p> <p>[...] Só que tem algumas coisas que têm que ser feitas <i>fora</i> isso. Porque a pessoa faz só acupuntura, e não vê o restante: postura; muitas vezes, tem que tirar sobrecarga do local; tem um encurtamento muscular que está dando problema. Isso é que tem que ver o paciente como um todo.</p> <p>[...] existem cursos muito bem feitos, na formação do médico, como acupunturista, muito bom. E agora, por ser residência médica, melhor ainda, não é? Porque, aí, vai obrigar o colega médico saber <i>tudo</i> o geral, que é: a clínica médica. Ser um <i>bom</i> clínico geral primeiro, para fazer acupuntura. Porque, você, na verdade, tem que fazer o diagnóstico de tudo, para... O residente da acupuntura, ele é obrigado a saber <i>toda</i>... Ele <i>passa</i> pelas outras especialidades, para a sua formação. Ele não vai passar <i>só</i> na acupuntura”. (Entrevista 7)</p> <p>[...] Quando você forma uma grade das palestras do congresso... O <i>organizador</i> do congresso procura convidar... Primeiro, ele forma os módulos. Vamos dizer, módulo de cefaleia, módulo de <i>asma</i>, módulo de lesões de esporte... São vários módulos. Cada módulo é composto por um número de palestras.</p> <p>Além dos módulos, tem os <i>workshops</i> também. Além das palestras simples, que compõem os módulos, também tem os <i>workshops</i>, que são palestras mais longas, com demonstrações de técnicas e tal.</p> <p>Para os módulos, vão sendo convidadas pessoas, professores, médicos que tenham certa expressão, certo conhecimento naquele assunto. A direção do congresso, a organização do congresso vai procurar convidar essas pessoas, tanto brasileiros como convidados estrangeiros.</p> <p>Os temas são... É um leque muito grande de temas. (Durante o congresso?) Não só temas sobre dores, mas também sobre doenças... Vários tipos de doenças: bronquite, asma; parte de doenças gastrointestinais. E vai, por aí afora. (Entrevista 8)</p> <p>[...] Eu sempre digo para as pessoas que a acupuntura vai ser como o inglês. De você saber acupuntura, não vai te acrescentar nada, mas o de você não saber é que vai fazer a diferença. Eu acho mais ou menos isso (Entrevista 9).</p> <p>[...] [O curso de acupuntura] Foi bem interessante, porque cada monitor é bem diferente, tem uma formação diferente, e uma forma de tratamento diferente, uma forma de agulhar diferente. Essa troca é bem interessante. (Entrevista 64)</p>
--	---

4.2.2.2 Criação de um Departamento de Acupuntura

Houve diferentes interpretações para o fato de a acupuntura ainda não contar com ambiente físico próprio no HC-FMUSP, embora já se tenha tornado uma

realidade naquela instituição acadêmica. Ao histórico de preconceito contra a terapêutica (alianças) e o medo de agulha (representação pública) foi somada a ausência de quadros qualificados para consolidar uma autonomização. Há muito poucos doutores na área (Quadro 5, Parecer CEE 01/2007).

Não houve consenso sobre a viabilidade de um curso superior autônomo de MCC, seja pela limitação do aprendizado dos médicos à acupuntura, quando esse núcleo conceitual é mais abrangente; seja pela concorrência das escolas privadas de especialização médica em acupuntura; pelo desinteresse específico dos alunos em desenvolver protocolos na área – compreensível, considerando-se que estão se formando como profissionais liberais –, além do avanço de outros profissionais da área de saúde nesse mercado, e do pequeno mercado de produção científica [I.i].

Considera-se que essa falta de consenso prejudique a consolidação do estabelecimento da acupuntura no HC-FMUSP. Durante as atividades de campo, foi observada uma disputa por território entre as especialidades hospedeiras e os acupunturistas. No IOTHC-FMUSP, as salas de ambulatório eram invadidas por ortopedistas, durante o atendimento dos acupunturistas. No ICHC-FMUSP, as salas do ambulatório de neurologia eram disputadas entre acupunturistas e outros médicos. Como os acupunturistas eram convidados, cediam espaço para os colegas. Essa era uma situação bastante delicada. No entanto, foi considerado que, no passado, a situação teria sido ainda mais constrangedora, com as acusações de charlatanismo e cessão de ambientes menos confortáveis do que os atuais [IIIi]. As condições de trabalho verificadas durante as atividades de campo foram consideradas um avanço.

I.i.	<p>Não, <i>faculdade</i>, não! É... Mesmo a <i>residência</i> em acupuntura, eu acho muito... É forçar muito a barra, não é? Sabe? A gente <i>não tem</i>, aqui, a <i>formação</i> como têm os médicos chineses, em medicina ocidental [<i>sic</i>], que é muito mais abrangente. Não é só acupuntura. Entram várias outras técnicas de tratamento. Tem a fitoterapia, tem uma série de outras coisas. E a gente não tem aqui.</p> <p>Aqui, especializado <i>só</i> em acupuntura, eu não vejo isso... Na <i>minha</i> maneira de pensar, está certo? Eu não acho isso bom. Eu acho que tinha que se formar, se especializar, por exemplo, em qualquer coisa; ou em clínica médica, por exemplo, e fazer uma outras especialização em acupuntura. (Entrevista 8)</p> <p>[...] o ideal é que a especialização em acupuntura seja desenvolvida, daqui para frente, progressivamente, dentro da universidade.</p> <p>Pois é, por que não existe? Está se formando, vai se formar. A USP vai ter o seu, a Paulista já está em</p>
-------------	--

andamento, já tem seus residentes, inclusive. Mas vamos considerar que os cursos de acupuntura sustentam muita gente, falando português claro, ou seja, muita gente vive dos cursos de acupuntura em institutos particulares. Então, interromper e falar: “- Daqui para frente, a formação do acupunturista vai ser exclusivamente na universidade, por meio de uma pós-graduação *lato sensu*, ou através do *stricto sensu*, você praticamente fecha esses institutos. Esse é um aspecto. Eu diria, hoje, que tem pessoas que largaram a clínica para se dedicar a sua escola, porque ganham mais com a escola do que com a clínica. Isso, não são poucas escolas. As daqui de São Paulo, por exemplo, as escolas para médicos. Essa é uma dificuldade grande de lidar; e o outro aspecto é que o perfil do aluno que vem a um instituto como esse, como outros que são particulares, e que você chega no final... no primeiro dia de aula, você fala: “- Vocês têm dois anos para concluir, na sua dissertação, sua monografia, seja o que for, um trabalho clínico randomizado, controlado, duplo cego”. Quem já tentou fazer sabe o que é o sofrimento para fazer isso. Metade já desiste nessa fase. Eu já fiz alguns, que acabei não publicando porque a metodologia se enrosca no meio do caminho. E você perde um tempão, perde dinheiro, inclusive. Essa exigência em um curso dessa natureza, esvazia uma coisa que já vem se esvaziando progressivamente.

No começo da década de 1990, as turmas daqui tinham setenta alunos. Hoje, a turma começa com quarenta, na melhor das hipóteses, cinquenta. Termina com vinte. As pessoas vão desistindo, porque alguns acham que iam encontrar uma coisa, encontram outra; outros vêm... Já que não vão conseguir exercer e tal... vão parando. São coisas à parte do oficial, mas que pesam na hora de a coisa tomar o rumo certo.

Em Santos, no ano passado, tive um problema, que acabei utilizando o peso da Sociedade, CMBA e CMA-SP para resolver. A faculdade onde eu estava fazendo meu mestrado abriu um curso para profissionais de saúde. Um *lato sensu* em acupuntura para todas as áreas de saúde. Falei: “- Não dá para ficar aqui, quieto”. Fui falar com a coordenação, a gente acabou impedindo o curso, mas a universidade me perguntou o seguinte: “- Nós vamos abrir um só para médicos. Quantos médicos vocês acham que a gente vai ter aqui, fazendo curso?” Falei: “- Vinte”. Ainda fui otimista. Eu tinha a perspectiva, com todas as áreas de saúde, já que é uma faculdade que tem praticamente todas, nos seus cursos... Tinha uma expectativa de cem alunos. Isso já cria um problemão.

Outro problema é que, se eles fossem à frente com esse curso, todos esses profissionais – psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas – iam sair com um título de *lato sensu* em acupuntura, coisa que o curso aqui não dá. Nenhum curso de acupuntura para médicos dá. Academicamente, os nossos certificados têm muito menos valor do que um desses.

Se a gente não repensar isso rapidamente, não adianta ficar discutindo em tese ou filosoficamente quem deve fazer acupuntura. Quanto mais a gente tenta formalizar a profissionalização aqui... Não é ser rígido, porque é tudo colega etc. Mas é um grau de exigência mínimo para que o cara que saia daqui tenha o menor risco de fazer besteira, menos aluno tem. Você fica nesse embate. O [nome do profissional], que é o dono do curso, e os outros que são sócios, os chineses, eles não vivem disso. O [nome do profissional] [...] Não depende do curso para isso, mas o curso custa. Então, se você tem um curso... Como a gente abre, assim, “curso de educação médica continuada”, que são cursos idealistas, porque a gente acha aquilo importante para a formação do médico acupunturista, e vem cinco pessoas, eu não pago o professor. Isso tende a emperrar a coisa. (Entrevista 44)

O que eu vejo, que pode acontecer? Eu vejo que dá para acontecer, na melhor das hipóteses, é que haja um curso de medicina tradicional chinesa no futuro. Os profissionais... Aliás, acho que tem que fazer uma revolução dentro da educação da

área de saúde. Se você for, por exemplo, cursos como o americano, o curso de medicina é um curso de pós-graduação. Você faz quatro anos de curso básico, assim como um biólogo, como um dentista, como um fisioterapeuta. Todo o mundo faz os mesmos quatro anos. Acabou, você vai... O fisioterapeuta, acabou os quatro anos, vai se especializar em fisioterapia, e o médico vai se especializar em medicina. São mais quatro anos, porque é pós-graduação. Por isso o médico assina MD. É um doutor em medicina, *medical doctor*. Porque ele já é doutor, faz mais quatro anos de pós-graduação. Se ele faz mais um curso para ser doutor, ele é PhD. Ele é *Philosophiae Doctor*. Essa é a distinção. Acho que deve haver isso no Brasil. Quando você tiver isso, você caba com essa discussão, porque uniformiza toda a formação. Aí, você pode optar por medicina tradicional chinesa. Essa é a melhor solução. Só que não sei se esses profissionais vão aceitar, porque significa que eles teriam que voltar para os bancos escolares, ficar mais quatro anos; depois, fazer uma especialização etc, etc. Isso é muito complicado. (Entrevista 58)

Por que não existe um departamento de acupuntura na Faculdade da Medicina da Universidade de São Paulo?

Não é todo o mundo que quer, que consegue um departamento. Para ter um departamento, você tem que ter, pelo menos, quinze docentes. Acima de quinze docentes. Abaixo de quinze docentes, o departamento é extinto. O que significa quinze docentes? Que você tem que ter massa crítica. Professor titular, livre-docente, e professor doutor. Quem tem doutoramento... Não é nem professor doutor... Quer dizer, você tem que ter massa crítica, tem que ter monte de doutores para conseguir uma outra vaga de professor doutor, para conseguir livre-docência, para ter titular. Você tem que ter quinze docentes, misturando tudo isso. Não é só doutor.

Por exemplo, essa minha equipe. Tenho cinco, seis doutores. Único professor doutor sou eu. Eu preciso que todo o mundo seja enquadrado como docente USP. Cada um vai num departamento. Será que, depois, esse departamento vai ceder para você formar um departamento? Você pertence à clínica. A clínica não vai ceder porque, se eu ceder um, amanhã vai faltar um e eu vou deixar de existir. Nós temos só dezesseis departamentos na Faculdade de Medicina. E a medicina tem 52 a 53 especialidades. Você não pode conseguir um departamento para cada área de especialidade. Por exemplo, oftalmologia e otorrino, é um departamento, porque somou otorrino, mais oftalmologia. São duas coisas completamente... E tem que juntar.

Neurologia significa neurologia clínica e neurocirurgião. É *uma* neurologia. Departamento de cirurgia, seja cardíaca, tórax, seja não sei quê, é tudo cirurgia. Não é clínica médica. Medicina Preventiva... E assim vai, medicina legal.

É uma articulação política de interesses não tão fáceis assim. E a acupuntura, lembra que, no começo, falei para você que o nível de profissionais era baixo? Era quem não conseguiu nada. Imagina eles fazerem doutoramento? Curso, lá fora, eles têm que ter doutoramento. Sabe quem é doutor? Eu. Eles usam meu nome para pendurar lá, para poder criar um curso no outro estado. Era o único doutor que tem lá. Quer dizer, eles não têm nem doutor, lá, fora do estado de São Paulo. Você está no ambiente da Faculdade de Medicina da USP! Nós temos alguma coisa. Minha equipe, 60% tem doutoramento. Outros que não têm, estou forçando a fazer. Está vendo esse? “E o doutoramento, como é?”

O jovem tem que fazer doutoramento. Daqui a muitos anos, talvez tenha uma equipe grande de doutores, professores, que possamos dizer: “Ah!” Nós não temos nem disciplina de acupuntura. Frente à faculdade, frente à USP, a unidade mínima chama-se... Última unidade chama-se departamento. Divisão, abaixo disso, não existe para a faculdade. Disciplinas, essas coisas, grupos, isso não existe para a faculdade.

Só o departamento que existe, como unidade mínima. Acupuntura não é nem uma disciplina. A gente não tem uma disciplina do departamento. Nós criamos uma disciplina, dentro da pós-graduação, de uma matéria chamada Pesquisa em Acupuntura. Parece que existo, mas, na verdade, não existe. Não existe uma disciplina de acupuntura do Instituto de Ortopedia, ou do Departamento de Ortopedia. Eu criei um Centro de Acupuntura. Já é muita coisa! Nossa! Foi aceito! Pela direção, pelo Hospital das Clínicas, que exista um Centro de Acupuntura do Instituto de Ortopedia, do Hospital das Clínicas. Já é alguma coisa. Nossa! Isso é muita coisa! Existo no papel! Eu existo oficial! Reconhecido e assinado pelo superintendente do Hospital das Clínicas, pelo diretor da faculdade.

O pedido veio diretamente da Secretaria de Estado da Saúde. Agora, eu existo! Desde 2006. Desde 2006, eu existo! Então, criou o Centro de Acupuntura do Instituto de Ortopedia e Traumatologia. Então... acabei de nascer. [riso] Ainda vai ter outras lutas, daqui adiante, daqui a vinte anos, quando todos os meus alunos já são professores doutores. Quem sabe a importância da acupuntura seja tão grande, que precise de um departamento. Mas, talvez, não precise.

A faculdade inteira só tem dezesseis departamentos. Por que daria um departamento para acupuntura? Não tem cabimento! O neurocirurgião queria um, otorrino quer o dele, oftalmo quer separar. Gineco e obstetrícia. Obstetrícia tem o lado deles, gineco tem o outro lado. Cada um quer um pedaço, mas não consegue porque não tem número de docentes suficientes. Só para você ter uma ideia, ortopedia só tem quatorze, com risco de extinção. Eles queriam que eu saísse da Patologia, para fazer parte daqui. Só que a Patologia não deixou. Eles têm que pegar alguém da Radiologia. [riso]

De qualquer maneira, o ambulatório é cedido para a acupuntura. Se fechar o departamento...

Isso é outra história. É o hospital. **(O hospital que cede?)** O Hospital. É claro que o hospital está amarrado com o departamento. Quem manda é o departamento. Essa é outra briga. Mas eles cedem porque têm interesse. Faz bonito, tem alunos que vêm para cá. Eles gostam.

Mas departamento é outra história. Porque toda minha produção científica marcaria ponto aqui. A Patologia não quer. Se eu publicar, marca ponto para a Patologia. Quem tiver menos publicação, o nível de classificação para baixo. De CNPq, cai para baixo.

Tem muitos jogos, muito interesse envolvido por trás. Não dá para pensar: “Por que não um departamento?” Nem a Fisiatria é um departamento. Nem disciplina é. Fisiatria! Que é muito mais velha que acupuntura. Fisiatria, medicina física e reabilitação, não existe nem uma disciplina. Imagina departamento? Entendeu? São muitas coisas envolvidas. Não é tão simples, assim. (Entrevista 62)

Uma questão mais institucional. Existe a possibilidade de pensar um departamento ou instituto de acupuntura?

Tem, o [nome de profissional]. **(Falo dentro da universidade.)** Não sei. Eu acho que... Isso que tem aqui é uma raiz disso, não é? Acho que tem, futuramente. O problema é que, você, para criar um departamento desses, teria que ter força política na universidade. Força política, você sabe, depende de professor doutor. Quantos professores doutores tem na sua área, qual produção científica na sua área. E a acupuntura tem dificuldade de produção científica, porque não tem o método que eles chamam de grupo-controle. Teria que... O que se tenta fazer é colocar agulha em locais que não são pontos de acupuntura, mas tem gente que melhora com acupuntura em qualquer lugar do corpo. [riso] Esse é o... Exato! Exatamente. Então, separar

	<p>essas pessoas é difícil. Teria que ter um método de separar quem é que melhora com qualquer agulha, e quem melhora só com aquela agulha. Depois, aplicar agulha no lugar certo e no lugar errado, para, daí, ver se o método realmente funciona.</p> <p>A minha prática pessoal é de que, se você colocar agulha em lugar errado, não funciona. Pessoalmente, eu vejo isso. Porque, às vezes, eu erro o ponto de acupuntura inadvertidamente, não melhora. Eu reposiciono a agulha, a pessoa melhora. Mais do que uma vez vi isso, e, às vezes, a pessoa fala:”- Olha, doutor. Na semana passada não foi tão bom. Hoje foi melhor. Deu mais o choquinho aí, tal. Hoje, senti que foi mais intensa, a experiência de acupuntura”. Acho que é uma experiência que a pessoa passa, uma experiência de acupuntura.</p> <p>Agora, de criar na universidade, acho que... Não sei, acho que é difícil, porque é um método sintomático. Acho que, por ser um método sintomático, numa universidade que privilegia a doença e não o doente, acho que ainda é um pouco precoce pensar nisso, por força do que a gente discutiu agora há pouco. A medicina está desfocada do alvo principal dela, por força do poder econômico. Está desfocada do alvo principal, que é o doente. Nós existimos porque as pessoas adoecem. Pessoa adocece, pessoa! Nós existimos, médicos, porque existem pessoas. Pois é, não é esse o foco que você vê.</p> <p>Qual é o instituto <i>da pessoa</i>, não é? Vamos trabalhar a pessoa. Então, a ferramenta. Acupuntura como ferramenta para melhorar aquela pessoa. O problema da acupuntura é que esbarra nisso. Quer dizer, como você vai ter uma coisa que não faz na produção científica grande, que possa ser publicado em revistas de grande impacto científico? Esse é um problema do mundo ocidental, não é? Você pode fazer uma publicação muito boa, mas, se você não publicar no <i>Neurosurgery</i>, por exemplo, entendeu? Tem que publicar no <i>Neurosurgery</i>. De alto impacto! E, se você não tiver grupo-controle adequado, difícil publicar. Ensaio clínico que seja confiável.</p> <p>Bom, acho que são esses motivos. Não sei dizer, nunca pensei nisso. (Entrevista 63)</p> <p>Não sei. Acho que, primeiro, a gente precisa ter mais evidência. Precisa, ainda, ter muitos trabalhos para você provar, realmente, a que se presta a acupuntura. Porque, fora, você tem muita gente tratando qualquer coisa com acupuntura. Você precisa saber. Não é possível que acupuntura sirva para tudo. [risos] teria que ter mais trabalhos, para você poder...</p> <p>Com sua experiência na China, você acha que a acupuntura não dá conta de tudo?</p> <p>Não, não dá conta de tudo, mas é possível você ter um prédio e atender um volume de pacientes só com acupuntura. Isso é possível, mas não sei da... Acho que, para um país ocidental, você ainda precisa trazer mais evidências, estabelecer bem para quem vai usar, para quem não vai usar, saber onde estar pisando. (Entrevista 65)</p>
II.i.	<p>Por que não tem um departamento? Por que, no lugar de ficar cada grupo em um lugar, não tem um departamento de acupuntura...?</p> <p>Quando saí da faculdade, não existia esse grupo de acupuntura. Eu saí em 1996. Acho que tinha só a Liga de Acupuntura. Acho que é um departamento que está lutando para se firmar, ainda, aqui dentro. Já tem residência, que é uma coisa interessantíssima. Porque não existia, há muito pouco tempo. É uma área que está crescendo e está tentando procurar um lugar aqui dentro. Ela não tem um lugar.</p> <p>Sim, vocês estão sempre em espaços cedidos. Aqui, vocês estão super protegidos, mas, no primeiro ano, começou a haver um conflito com os</p>

ortopedistas. Os ortopedistas não saíam da sala para os alunos de acupuntura fazerem seu ambulatório. Eles tinham que se virar para atender seus pacientes. Os ortopedistas não saíam, mesmo sem atender pacientes.

É que a maioria dos ambulatórios, aqui no HC, depois das três da tarde, não funcionam muito. Se você for ver, a maioria, às três, quatro, já está fechando. Na dermatologia também. E, lá, tem os grupos dentro da dermatologia, específicos, que atendem depois do horário, quando vagam as salas. Então, começa... Tem ambulatório das quatro às seis. Esses ambulatórios das quatro às seis são aqueles ambulatórios meio... que você quer atender, que você quer fazer, que é uma doença específica. Conversar com o chefe, arruma um horarinho...

Liga, que são os alunos que atendem, é fora do horário. Tipo, as ligas todas acontecem depois das quatro da tarde. Entre quatro e cinco. É um horário que os ambulatórios não estão sendo mais ocupados. (Entrevista 64)

4.2.3 ALIANÇAS [e dissenso]: rompendo barreiras externas - universidade, Congresso Nacional, médicos e China

A Figura 7 ilustra o quão complexo é o processo de estabelecimento de uma área de conhecimento em ambiente acadêmico. Não basta estabelecer laços internos, há que buscar vínculos em diferentes instâncias de poder técnico e político. No caso da acupuntura, houve a necessidade de convencer a as associações profissionais médicas e outras esferas de poder político (por exemplo, Poder Legislativo, Conselho Estadual de Educação e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo), transformando-a em especialidade médica; em seguida, convencer a medicina de grupo para que a terapêutica fosse incluída entre os tratamentos de saúde cobertos pelos convênios de saúde; conseguir autorização da ANVISA para importação de equipamentos e agulhas de acupuntura, e construir um mercado de produtos para reduzir os custos da terapêutica. Demanda para a acupuntura já existia, como observado por Akiyama (2004).

Nesse quadro, a ação do Ministério da Saúde (MS) é marcada pela ambivalência. Políticas públicas relacionadas às MCAs permitiram que estas fossem democratizadas formalmente. No entanto, há morosidade no processo, pois grupos de interesse tentam criar obstáculos para a implantação dessas estratégias no SUS. A prática autorizada pelo MS é multiprofissional (profissionais da área de saúde), e leva em conta a superioridade numérica incontestável de não-médicos que atuam na

área, além da força política de suas associações representativas na negociação das regras de mercado para terapêuticas de saúde.

Na cidade de São Paulo, a implantação da terapêutica é descontinuada na atenção primária e de média complexidade, embora tenha mostrado crescimento expressivo em número de registros nos anos mais recentes (Anexos 6 e 7). A prática mais comum é a de médicos acupunturistas que reservam um período de seu atendimento ambulatorial para praticar acupuntura, de maneira subordinada a suas especialidades médicas. Isso gera dois tipos de problema. Primeiro, a implantação é fragmentada; segundo, fornece subnotificação da prática da terapêutica, dificultando o real dimensionamento de seu estabelecimento.

Na estação das alianças, o Dr. Hong Jin Pai ganhou destaque, com apoio de seus dois colegas, Dr. Wu Tu Hsing e Dr. Chin An Lin. Desde quando iniciou sua participação nas associações de médicos acupunturistas, ocupou posições de direção e orientou sua ação, visando a consolidar a hegemonia da acupuntura de base científica no universo da acupuntura médica.

Em 1997, o Dr. Pai tornou-se vice-presidente da Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), cargo que ocupou até o ano 2001 (7ª e 8ª gestões), quando passou a diretor administrativo (9ª gestão). Naquele ano, o Dr. Hsing defendeu tese de doutorado relacionada ao uso de acupuntura⁴⁶. Em 2003, o Dr. Pai retomou a vice-presidência da SMBA (10ª gestão); em 2005, assumiu a direção de relações internacionais da associação (11ª gestão), e, em 2007, a direção científica, cargo que ocupou até 2008. Em 2008, assumiu a presidência do então instituído Colégio Médico de Acupuntura - Regional de São Paulo (CMA-SP), que substituiu a SMBA por meio da iniciativa de unificar a acupuntura médica no Estado de São Paulo. No CMA-SP, o Dr. Hsing assumiu o cargo de diretor científico.

Em 2010, o Dr. Pai deixou de exercer cargo administrativo nas associações médicas nacionais para intensificar uma trajetória de alianças internacionais. No mês de setembro de 2011, participou do VIII Congresso Mundial de Medicina Chinesa, no *Central Hall Westminster*, sendo eleito Vice-Presidente do Conselho de

⁴⁶ Respectivamente, Lin CA. Efeitos da poluição atmosférica sobre a morbidade respiratória aguda na população infantil de São Paulo. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Medicina, USP, 1997; Hsing WT. Modificações clínicas e cintilográficas de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico crônico tratados pela estimulação elétrica subcutânea. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Medicina, USP, 2001.

Supervisão do *World Federation of Chinese Medicine Societies* (WFCMS). Em outubro do mesmo ano, participou da II Conferência Mundial sobre Educação de Medicina Tradicional Chinesa no *International Convention Center Beijing*, China, com a presença de Wang Guoqiang, Vice-Ministro da Saúde e Secretário de Administração de Medicina Chinesa, Hao Ping, Vice-Ministro da Educação, Gao Sihua, Diretor da Universidade de Medicina Tradicional Chinesa de Beijing e o Prof. Li Zhenji, Vice-Presidente e Secretário Geral da WFCMS. Em seguida, no mês de novembro, reuniu-se com a Secretária da *World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies* (WFAS), Song Li, propondo maior intercâmbio daquela instituição com a editora CEIMEC, responsável pela publicação de livros sobre acupuntura, entre outros tópicos.

No mês de novembro de 2011, o Dr. Pai recebeu da *World Federation of Chinese Medicine Societies* (WFCMS) o título de profissional sênior internacional em Medicina Chinesa, Médico Chefe em Medicina Chinesa, validado por meio prova de títulos e oral. O Dr. Pai é atualmente o único médico acupunturista brasileiro a contar com esse título.

Na primeira quinzena de 2012, o Dr. Pai e o Dr. Hsing viajaram para Taipé, Taiwan. O primeiro participou da III Conferência Internacional de Acupuntura, ministrando *workshop* no *2012 International Clinical Acupuncture and TCM Workshop Application Form* no *Taiwan International Traditional Chinese Medicine Training Center*. O segundo organizou e chefiou delegação de trinta médicos acupunturistas brasileiros, dentre os quais quatro palestrantes no evento. A delegação brasileira foi recebida pelo Dr. Hsu Zhon Hua, autoridade máxima do Departamento de MTC em Taiwan⁴⁷. Tais ações foram consideradas importantes para aproximar a acupuntura ensinada e praticada no HC-FMUSP de fontes de informação consideradas confiáveis na China e promover intercâmbio com pesquisadores chineses, incrementando dessa maneira a credibilidade da acupuntura científica e o benefício da terapêutica aos pacientes.

O avanço da acupuntura por meio do núcleo conceitual MCC+MOM colocou o ensino e a prática da acupuntura em um novo lugar na cidade de São Paulo. Esse modelo tende a legitimar a terapêutica entre aliados do sistema circulatório

⁴⁷ Disponível em: <http://www.cmasp.org.br/> Acesso em: 10 fev 2012.

latouriano em estudo, podendo vir a promover sua expansão para além da clínica privada. Quer dizer, a acupuntura baseada em evidências subjetivou um dissenso que excluía parte dos pacientes potenciais da terapêutica.

Jacques Rancière define dissenso como todo discurso que rompe relações desigualitárias naturalizadas, firmadas ou cristalizadas, às quais dá no nome de ‘polícia’, “[...] mudando os destinos e lugares ali definidos” (Pallamin, 2010, p.8). Todo dissenso é fundado em um dano originado pela distribuição desigual da igualdade de qualquer um com qualquer um. Segundo o filósofo francês, o dissenso é a força motriz da política, porque atualiza o princípio da igualdade⁴⁸. No caso da acupuntura, o dano a que esse estudo se refere é a distribuição elitizada da assistência em acupuntura por meio da medicina liberal ou de grupo, que a torna tão excludente quanto a MOM. A subjetivação política da acupuntura ensinada e praticada no HC-FMUSP e no CEIMEC buscou adaptar e conectar a MCC à MOM. Fazendo isso, contribuiu para a terapêutica atender aos princípios de equidade e universalidade na assistência à saúde (Gianini e Traynor, 2006), e pode contribuir para sua consolidação no SUS.

⁴⁸ A política é “[...] um momento de ser da comunidade que se opõe a outro momento de ser, um recorte do mundo sensível que se opõe a outro recorte do mundo sensível. [...] Os sujeitos políticos são potências de enunciação e de manifestação do litígio que se inscrevem como algo a mais, como algo sobreposto, em relação a qualquer composição do corpo social. [...] Os sujeitos políticos não existem como entidades estáveis. Existem como sujeitos em ato, como capacidades pontuais e locais de construir, em sua universalidade virtual, aqueles mundos polêmicos que desfazem a ordem policial. Portanto, são sempre precários, sempre suscetíveis de se confundir de novo com simples parcelas do corpo social ou com esse próprio corpo”. In: Rancière J. O dissenso. Tradução: Paulo Neves. In: Novaes A (org.). A crise da razão. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. p.368, 377-8.

Figura 7. Estação das alianças (AI) estabelecidas para a autonomização da acupuntura no HC-FMUSP

4.2.3.1 Projeto de Lei nº 7.703-C/06, o Ato Médico

O Projeto de Lei nº 7.703-C/06, conhecido como Ato Médico, vem tramitando no Congresso Nacional há dez anos. O Projeto de Lei original (PLS 268/2002), foi aprovado pelo Senado Federal no ano de 2006, quando a Câmara de Deputados elaborou um substitutivo (Projeto de Lei nº 7.703-C/06), recentemente aprovado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado Federal (8 de fevereiro de 2012), com alterações porpostas por seu relator, o Senador Antonio Carlos Valadares. Esse Projeto de Lei vem sendo combatido por outras categorias profissionais da área de saúde por essas considerarem que seu conteúdo fere a competência e autonomia de profissionais não-médicos (Anexo 3). No caso da acupuntura, existem dois aspectos a considerar. Primeiro, a prerrogativa de o médico realizar o diagnóstico nosológico de doenças, e prescrição terapêutica, presente no Art. 4º, I, III e §1º a §7º (http://www.senado.gov.br/noticias/agencia/quadros/qd_373.html) (Anexo 3).

Chamam atenção alguns aspectos do Projeto de Lei relacionados ao aprendizado e à prática da acupuntura. Sobre o diagnóstico nosológico, diz o Projeto de Lei no §1º que é “[...] a determinação da doença que acomete o ser humano”; no §3º, diz que “[...] As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na **versão atualizada** da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”; no §4º, III define procedimento invasivo como “[...] invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos”; no §5º, VIII, diz que “[...] Excetuam-se do rol da atividades privativas do médico: [...] **os procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual**” [grifo nosso].

A considerar: (1) se as doenças são referenciadas pela CID-10, as condições de saúde não previstas nessa classificação⁴⁹ podem ser diagnosticadas por outros profissionais, inclusive todos os praticantes das acupunturas tradicionais praticadas no Brasil, com formação básica na área de saúde ou não; (2) se procedimento invasivo é prerrogativa dos médicos quando atinge órgãos internos, isso diz respeito

⁴⁹ Por exemplo, estagnação de *qi* e *xué* ou *síndrome Bi* (Kalauokalani et al., *ibidem*).

ao agulhamento profundo. Nesse caso, o agulhamento superficial não é prerrogativa médica, pois trata da recuperação físico-funcional que dificilmente compromete a estrutura celular e tecidual.

Atrair a acupuntura ao diagnóstico nosológico da MOM, e atribuir risco ao agulhamento da acupuntura, chamando-a de técnica invasiva constituem duas armadilhas que os médicos acupunturistas exclusivistas terão de enfrentar. Do ponto de vista técnico, o diagnóstico nosológico é essencial apenas na investigação científica, situação em que a MCC não pode ser considerada irredutível à MOM; e o agulhamento *sham* não deve ser prerrogativa dos médicos, se considerado como placebo.

Os opositores do grupo de médicos que pretendem exclusividade no ensino e prática da terapêutica argumentam que a MCC prescinde de diagnóstico nosológico, pois seu núcleo conceitual constitui conhecimento suficiente para a assistência à saúde em casos de menor risco e gravidade (como observado acima, os padrões de adoecimento da MCC não aparecem na CID-10). Também argumentam que os não-médicos tomam o cuidado de indagar a seus pacientes se visitam médicos, além de recomendar isso. Finalmente, se a MCC não é capaz de tratar todas as doenças, a MOM também não é.

Esse é um aspecto importante que afeta a divergência entre os médicos acupunturistas. Há um grupo de médicos que defende a exclusividade médica no ensino e prática da estratégia terapêutica, mas há subgrupos de médicos que defendem também, e de maneira aguerrida, a(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil. Se a MCC que orienta a(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil for considerada o núcleo conceitual puro e verdadeiro, não há porque exigir a exclusividade médica em sua prática. Tecnicamente, apenas a acupuntura baseada em evidências justificaria o ato médico na prática da acupuntura e, ainda assim, em situações específicas.

Além disso, o agulhamento superficial produz efeito terapêutico como o agulhamento profundo. Portanto, nenhum argumento técnico justifica a exclusividade médica na prática e ensino da acupuntura senão uma questão que não é técnica, mas política, levantada por Akiyama (2004): quem se responsabiliza pelo

tratamento de saúde como um todo do paciente? É ético praticar ou indicar tratamento de saúde não regulamentado?

Toda essa complexidade tem uma relação direta com as estações de AUTONOMIZAÇÃO e MOBILIZAÇÃO DO MUNDO do circuito latouriano. A terapêutica foi historicamente praticada por profissionais liberais, os quais são resistentes a se dedicar a uma sistematização acadêmica sobre o assunto [I.j.], seja considerado o núcleo conceitual da MOM, seja considerado o da MCC. Os desdobramentos desse processo poderão ser objeto de estudos futuros.

Este estudo apenas descreve o acompanhamento de grupos de acupuntura no HC-FMUSP, e busca conhecer as interpretações de médicos que praticam nesse ambiente sobre o processo de estabelecimento da acupuntura naquela instituição de ensino superior (e na cidade de São Paulo). No entanto, parece plausível que a união dos dois núcleos conceituais promoverá desenvolvimento mais profícuo para a acupuntura, como estratégia terapêutica. Para isso será necessário que os diferentes grupos transcendam disputas corporativas.

Os médicos entrevistados incorporaram certo discurso que considera uma crise da MOM, e assumiram os argumentos do grupo radical a propósito da restrição dos praticantes de acupuntura: acupuntura foi considerada método invasivo (discurso sobre os riscos de pneumotórax, lesão do nervo, hematoma, tamponamento cardíaco) e o diagnóstico dos sinais e sintomas do paciente deveria ser realizado pelos parâmetros da MOM. Portanto, seria ato médico[II.j.]. Em termos. Esse discurso foi modulado pelo reconhecimento de que há não-médicos hábeis no uso da estratégia terapêutica, alguns considerados mais hábeis do que médicos. Além disso, a acupuntura não ofereceria tantos riscos ao paciente, quando praticada por profissionais bem formados.

Ocorre que, na ausência de regulamentação, não há como garantir qualidade mínima para a formação do acupunturista, nem fiscalizar sua prática entre médicos ou não-médicos.

I.j.	<p>Quando a gente chega para uma turma dessas e diz: “- Vocês têm que fazer pesquisa”, e o cara está aqui para fazer o curso e botar agulha duas vezes por semana em um consultório alugado, ele diz: “- Estão falando idiotice para mim”. Eu falo assim: “- Essa geração tem a responsabilidade, junto da nossa e das outras, <i>de fazer isso</i>, porque, senão, daqui um tempo, vocês não vão ganhar dinheiro, não vão se sustentar com acupuntura, porque os convênios vão parar de pagar”. Mas é difícil fazer entender isso.</p> <p>Uma ideia seria exigir uma monografia em padrões científicos? Na USP é assim.</p> <p>Mas é uma universidade. Esse é outro problema. O que acontece é que a tendência, o ideal é que a especialização em acupuntura seja desenvolvida, daqui para frente, progressivamente, dentro da universidade.</p> <p>Pois é, por que não existe?</p> <p>Está se formando, vai se formar. A USP vai ter o seu, a Paulista já está em andamento, já tem seus residentes, inclusive. Mas vamos considerar que os cursos de acupuntura sustentam muita gente, falando português claro, ou seja, muita gente vive dos cursos de acupuntura em institutos particulares. Então, interromper e falar: “- Daqui para frente, a formação do acupunturista vai ser exclusivamente na universidade, por meio de uma pós-graduação lato sensu, ou através do stricto sensu, você praticamente fecha esses institutos. Esse é um aspecto. Eu diria, hoje, que tem pessoas que largaram a clínica para se dedicar a sua escola, porque ganham mais com a escola do que com a clínica. Isso, não são poucas escolas. As daqui de São Paulo, por exemplo, as escolas para médicos. Essa é uma dificuldade grande de lidar; e o outro aspecto é que o perfil do aluno que vem a um instituto como esse, como outros que são particulares, e que você chega no final... No primeiro dia de aula, você fala: “- Vocês têm dois anos para concluir, na sua dissertação, sua monografia, seja o que for, um trabalho clínico randomizado, controlado, duplo cego”. Quem já tentou fazer sabe o que é o sofrimento para fazer isso. Metade já desiste nessa fase. Eu já fiz alguns, que acabei não publicando porque a metodologia se enrosca no meio do caminho. E você perde um tempão, perde dinheiro, inclusive. Essa exigência em um curso dessa natureza, esvazia uma coisa que já vem se esvaziando progressivamente.</p> <p>No começo da década de 1990, as turmas daqui tinham setenta alunos. Hoje, a turma começa com quarenta, na melhor das hipóteses, cinquenta. Termina com vinte. As pessoas vão desistindo, porque alguns acham que iam encontrar uma coisa, encontram outra; outros vêm... Já que não vão conseguir exercer e tal... vão parando. São coisas à parte do oficial, mas que pesam na hora de a coisa tomar o rumo certo. (Entrevista 44)</p>
II.j.	<p>Eu acho que tem que saber bastante anatomia, você tem que saber o que está fazendo, você tem que saber se o paciente está tomando esses remédios anti-hemorrágicos, antiplaquetários, que vão fazer com que sangue mais fácil. O pessoal [não-médico] não tem noção disso. E eles são muito, assim, eles acreditam demais em tudo o que falam. Esse é o problema. [riso] Ainda outro problema que acho, porque eu conheço um, que é do interior, que ele fala que trata tudo. É complicado. Mas eu acho, assim, os que estão, que já fizeram o curso, eu acho que tem que... Não tem como você tirar. Mas, os outros, eu acho... Eu acho que tinha que parar, e deixar...</p> <p>[...] Hoje tem as agentes de saúde, que... eles não fazem acupuntura, mas eles fazem esse trabalho. Eles vão lá, conversam, vêm quem está doente, quem tem, quem não tem pressão alta; veem as crianças. Mas eles fazem esse trabalho, chama agente</p>

de saúde. No interior, tem bastante isso daí. Agora, com acupuntura, eu acho que, se ele for bem orientado para algumas coisas simples, pode ser que ele resolva. Mas, se você está falando que é um Ato Médico, como é que você vai aceitar que uma pessoa não-médica vá fazer? Entendeu? Então, isso é uma questão que vai ter um... conflito, aí. Mas, lá [China], realmente, tem, que chama médico descalço, e eles fazem isso mesmo. Agora... Não vi nenhum, mas sei que tem. Agora, aqui, o que o agente de saúde faz é mais ou menos isso. Ele não vai lá, ele não visita a família? Ele vê como está a família e, se tiver algum problema, ele encaminha para o posto? Agora, só que eu acho que, como você está defendendo um Ato Médico, você vai colocar isso para um leigo? Entendeu? Certo? (Entrevista 5)

Primeira coisa, Ato Médico. Na verdade, é um meio de colocar na lei as atribuições da profissão médica. Só que, aqui, tem um pequeno porém. Do pouquinho conhecimento que tenho, a medicina é uma das profissões mais antigas. Na lei, do que eu saiba, não necessariamente está escrito. Tem leis... Eles aceitam como de costume. Ora, se é uma prática enraizada desde a antiguidade, é uma profissão já reconhecida pelo uso. Portanto, será tão necessário o Ato Médico? Não é verdade? Se já é uma profissão reconhecida pelo uso.

Segundo, digamos assim. Claro, sempre é bom... O problema de você colocar, assim, atribuições do que é. Com a sociedade em evolução dinâmica, é muito frequente você precisar ter uma coisa delimitando, porque cada um quer invadir a área do outro. Muito bem. E com essa delimitação nítida é que você pode ter, como você disse, discutir de quem pertence, quem não pertence. Por isso o Ato Médico é muito bem-vindo. Inclusive, vai estabelecer limites.

Eu acho que é muito importante, vai delimitar. E quem legisla é o poder legislativo. É a Câmara e o Senado que vão decidir o que pertence. Apesar de que, dentro da medicina, já existe uma estrutura hierarquizada que disciplina a profissão médica, inclusive de especialistas. O que entra em discussão é a sociedade. O que pertence, o que não pertence? É uma discussão que já foge da nossa atuação. Não sei se é isso eu você quer saber. (Entrevista 46)

4.2.3.2 Apoio de associações externas à universidade

Historicamente, associações médicas (AMB, CFM e CREMESP) deram apoio nem sempre incondicional à causa dos médicos acupunturistas que reivindicavam exclusividade no ensino e prática da acupuntura. No caso do CFM, quatro pareceres aprovados entre 1989 e 2008 tratam da estação latouriana da autonomização, ou seja, o processo de institucionalização da acupuntura, entre médicos. Os dois primeiros, do período que antecede o reconhecimento da acupuntura como especialidade médica, (Quadro 3) não deixam claro quem deve praticar a acupuntura, mas sustentam a prescrição da terapêutica por médico. Os dois últimos propõem a exclusividade médica para a terapêutica, sendo que o último, de

maior interesse para o presente estudo, fortalece o núcleo conceitual MCC+MOM, proposto pelos acupunturistas do HC-FMUSP ao desvincular a terapêutica da MCC.

No caso do CREMESP, são vinte pareceres aprovados entre 1994 e 2009 (Quadro 4), sendo a metade deles sob relatoria de médicos relacionados às MCAs (homeopata e acupunturista), e também pouco mais da metade, versando sobre a exclusividade médica na prática da terapêutica. As demais abordam o mercado de trabalho do médico acupunturista e aos resultados, devendo-se chamar atenção para a participação cada vez frequente da medicina de grupo como ator no cenário do estabelecimento da acupuntura com base científica em São Paulo. O último parecer (nº113.289/09) explicita a aliança entre a acupuntura com base científica e o mercado da terapêutica na medicina de grupo.

Mais uma vez, é importante evidenciar o fortalecimento da chamada acupuntura científica na legitimação da terapêutica frente a esse poderoso aliado que é a medicina de grupo [L.k.].

Finalmente, o Conselho Estadual de Educação (CEE) demonstra apoio incondicional à acupuntura médica, com cinco pareceres e uma indicação (Quadro 5) aprovados entre 1980 e 2010, todos favoráveis à acupuntura ensinada e praticada por profissional de nível superior, sendo que, a partir de 1996, com defesa direta da exclusividade médica.

Quadro 3. Pareceres e Resoluções do CFM relacionadas à acupuntura

Parecer	Relator(es)	Tema	Estação Latouriana	Conteúdo
43/1989	Salomão Baruki	Regulamentação da prática de acupuntura	Au	Parecer: Visa à regulamentação da prática de acupuntura. Defende a prática de acupuntura por profissional de nível superior e "[...] exercício somente por prescrição médica" [não necessariamente por médicos].
04/1992	Nilo Fernando Rezende Vieira	Regulamentação da acupuntura e fitoterapia	Au	Parecer: visa ao reconhecimento e regulamentação da acupuntura e fitoterapia. Estabelece analogia entre acupuntura e microcirurgia, mas propõe a execução por técnicos, sob prescrição e supervisão médica. Em seguida, informa que seja exercida exclusivamente por médicas [sic]. Afirma que acupuntura não é reconhecida como profissão.
28/1995	Lino Antonio C. Holanda, Lucio Mario da C. Bulhões, Paulo Eduardo Behrens, Raimundo Nonato L. Pinto	Exclusividade médica	Au	Parecer: Reconhecimento da acupuntura como especialidade médica.
11/2008	Clovis Francisco Constantino	Adesão à MCC	Au, NC	Parecer: Pondera sobre interlocução entre MCC e MOM, e sobre a não obrigatoriedade de o medico acupunturista aderir à filosofia da MCC, embora seja conveniente conhecê-la. Recomenda duas leituras para a prova de título, uma aderida à MCC, outra aderida à MOM, e reconhece a ausência de controle sobre o número de praticantes de acupuntura no país. Estima que sejam 2.000 médicos para 20.000 não-médicos.

Quadro 4. Pareceres e Resoluções do CREMESP relacionadas à acupuntura

Parecer	Relator(es)	Tema	Estação Latouriana	Conteúdo
4.871/94	Mario Carlos Costa Sposati – homeopata	Efetividade da acupuntura	Au	Consulta: Coordenadoria do Programa de Atenção do Adulto da Prefeitura Municipal de São Paulo pede informação sobre assistência em homeopatia e acupuntura em nível ambulatorial no sistema público de saúde. Parecer: Aborda a efetividade da homeopatia, da acupuntura e da medicina natural, e afirma que "[...] as bases terapêuticas, tanto da homeopatia quanto da acupuntura prescindem do diagnóstico clínico-patológico [...]". Considera a MOM como recurso terapêutico clássico, e toma as MCA [medicina complementar e alternativa] como complementares.
11.680/94	Mario Carlos Costa Sposati – homeopata	Exclusividade médica	Au	Consulta: O diretor vice-presidente da Associação Médica Paulista de Acupuntura, AMPA, questiona a viabilidade de criação da categoria profissional de acupunturista com Conselho próprio, considerando a profissão já ser especialidade médica. Parecer: Reafirma que a acupuntura é especialidade médica.
26.158/96	Mario Carlos Costa Sposati – homeopata	Medicina de grupo	Al	Consulta: Indaga sobre restrição de pagamento de consulta de acupuntura por plano de saúde. Parecer: É ilegal a restrição de pagamento por plano de saúde, com base no Art. 8º do Código de Ética Médica, que garante eficácia e correção do tratamento médico.
13.565/96	Mario Carlos Costa Sposati – homeopata	Exclusividade médica	Au	Consulta: Secretário Municipal de Saúde de Caieiras, SP, Dr. Hamilton H. Harada, questiona a legalidade de leigo ser responsável por clínica de acupuntura. Parecer: Isso não é permitido, com base na Resolução CFM nº1455 e na Resolução CFM nº997/80.
43.110/98	Henrique Carlos Gonçalves – pediatra, advogado	Exclusividade médica	Au	Consulta: Vereador solicita parecer técnico sobre Projeto de Lei Municipal nº518/97, que autoriza leigo a ser responsável por clínica de acupuntura, como proteção contra extorsão de fiscais da Prefeitura. Parecer: Nega existência de extorsão e reafirma exclusividade médica na prática de acupuntura.
64.380/01	Henrique Carlos Gonçalves – pediatra, advogado	Assistência em domicílio	MM	Consulta: Como proceder em caso de atendimento domiciliar de acupuntura. Parecer: Recomenda elaboração de prontuário, sem obrigação de constituir empresa.

(Continua)

Parecer	Relator(es)	Tema	Estação Latouriana	Conteúdo
19.470/01	Enio Marcio Maia Guerra – gastroenterologista, nefrologista	Remuneração, exclusividade médica	MM	Consulta: Possibilidade de criação de "Plano de Conveniência" com preços diferenciados para clínica médica, ginecologia e obstetria, acupuntura e terapia ortomolecular. Parecer: "Plano de conveniência" configura plano de saúde ambulatorial, devendo ser consultada legislação sobre o assunto. Acupuntura é especialidade médica, e preços diferenciados podem configurar discriminação.
65.132/04	José Manoel Bombarda – psiquiatra	Terapêuticas: cromopuntura, colorpuntura	MM, Au	Consulta: CFM aceita terapêutica de colorpuntura e cromopuntura. Parecer: Colorpuntura e cromopuntura não devem ser aceitas como terapêutica, e se recomenda que informação sobre CFM não seja divulgada.
55.857/07	Ruy Yukimatsu Tanigawa – acupunturista	Efetividade da acupuntura, perfil do paciente	MM	Consulta: Superintendente da GEAP - Fundação de Seguridade Social questiona os critérios para indicação de acupuntura em casos de dor subjetiva. Parecer: acupuntura é efetiva em tratamento de dor, em especial crônica. Perfil do paciente de acupuntura: dor crônica, histórico de insucessos na alopatia.
98.579/07	Ruy Yukimatsu Tanigawa – acupunturista	Exclusividade médica	Au	Consulta: Questiona se acupuntura pode ser vinculada a serviço médico e realizada em ambulatório por profissional não-médico. Parecer: Não pode ser realizada por profissional não-médico.
104.123/07	Antonio Pereira Filho – cirurgião	Remuneração	MM	Consulta: Direito de cobrança dupla por consulta de médico que tem duas especialidades (por exemplo, ortopedia e acupuntura). Parecer: O pagamento de consulta é único, independente do número de diagnósticos realizados.
90.457/09	Silvia Helena R. Mateus - pneumologista	Remuneração por medicina de grupo	Al	Consulta: critérios adotados por cooperativa médica para remuneração de serviço de acupuntura. Parecer: As operadoras de saúde devem autorizar a realização de procedimentos para médicos habilitados, autorizados para isso.
54.730/09	Lavinio Nilton Camarim – cirurgião, gastroenterologista	Mercado profissional	MM	Consulta: Direito de clínica médica de acupuntura anunciar serviços em lista telefônica. Parecer: Direito assegurado de anunciar até duas especialidades médicas.

(Continua)

Parecer	Relator(es)	Tema	Estação Latouriana	Conteúdo
21.332/09	José Marques Filho – reumatologista	Exclusividade médica	MM, Au, NC	Consulta: Direito da UNOESTE oferecer curso de medicina alternativa. Parecer: Considera diferentes aspectos da questão - (1) medicina alternativa é realidade incontestável; (2) sua prática por não-médico pode cair no campo do exercício ilegal da medicina; (3) acupuntura, homeopatia e fitoterapia não são medicina alternativa, mas especialidades médicas; (4) ascensão das práticas alternativas tem relação com crise da MOM, quanto à credibilidade, devido a - (a) muitas escolas com formação deficitária de médicos, (b) entrada de não-médicos no mercado de trabalho da saúde, (c) noção de inexistência de efeitos colaterais nas práticas alternativas sem fundamento científico claro ou demonstrado, (d) suposta atenção humanizada ao paciente, com melhor relação terapêutica - concepção falaciosa, pois todo o profissional com boa formação técnica e ética faz isso; (5) Não existe reconhecimento científico necessário para implantação das práticas alternativas no SUS de maneira regular; (6) as Universidades devem zelar pela qualidade de seus cursos como "guardiãs do saber e da boa prática"; (7) apenas médicos são habilitados legal e tecnicamente para a prática de diagnósticos e terapêuticas das enfermidades conhecidas, com exceção dos procedimentos regulamentados de outros profissionais de saúde.
81.206/09	Ruy Yukimatsu Tanigawa – acupunturista	Exclusividade médica	Au	Consulta: Direito de fisioterapeutas solicitarem exame radiológico e de fazer acupuntura. Parecer: Negativo.
127.881/09	Ruy Yukimatsu Tanigawa – acupunturista	Exclusividade médica	Au	Consulta: Possibilidade de curso de acupuntura para dentistas. Parecer: Negativo.
46.407/09	Ruy Yukimatsu Tanigawa – acupunturista	Exclusividade médica	Au	Consulta: Denúncia de propaganda de curso de acupuntura para não-médicos. Parecer: Será acionado o Ministério Público pelo Departamento Jurídico do CREMESP.
68.102/09	Ruy Yukimatsu Tanigawa – acupunturista	Exclusividade médica	Au	Consulta: Projeto de Lei Municipal nº 01-0304/2005 do Vereador Dr. Celso Jatene, cria o Instituto Municipal de Pesquisa e Desenvolvimento de Terapias Orientais, com acupuntura em caráter multiprofissional. Parecer: Negativo.

(Continua)

Parecer	Relator(es)	Tema	Estação Latouriana	Conteúdo
68.102/09	Antonio Pereira Filho – cirurgião	Remuneração por medicina de grupo	AI	Consulta: Sobre honorários médicos e limitação de sessões de acupuntura pela medicina de grupo. Parecer: Essa é uma questão internada cooperativa com seus cooperados.
113.289/09	Antonio Pereira Filho – cirurgião	Eficácia da acupuntura	AI, NC	Consulta: Diretor Superintendente de Cooperativa Médica do interior de São Paulo questiona indicações e eficácia da acupuntura. Considera importância técnica, política e econômica da comprovação científica da terapêutica. Parecer: Há efetividade na terapêutica e estão sendo realizados estudos multicêntricos para esclarecer dúvidas quanto sua eficácia.

Quadro 5. Pareceres e Indicação do CEE relacionadas à acupuntura

Parecer	Relator	Tema	Estação Latouriana	Conteúdo
1.677/80	Não consta	Curso técnico de acupuntura	Au	Parecer: Nega ao casal Kinuko Yamada e Tadamichi Yamada autorização para ministrar curso técnico de acupuntura na escola Oriental de Massagem e Acupuntura.
1.951/81	Não consta	Curso técnico de acupuntura	Au	Parecer: Nega ao casal Kinuko Yamada e Tadamichi Yamada autorização para ministrar curso técnico de acupuntura na escola Oriental de Massagem e Acupuntura pela segunda vez.
507/96	Pedro Salomão José Kassab	Curso técnico de acupuntura	Au	Parecer: Nega ao casal Kinuko Yamada e Tadamichi Yamada autorização para ministrar curso técnico de acupuntura na escola Oriental de Massagem e Acupuntura pela terceira vez, apoiado em pareceres dos Drs. Satiko Ymamura e Manoel Jacobsen Teixeira, da FMUSP sobre a exclusividade médica da prática de acupuntura. Considera que a prática por não-médicos pode trazer prejuízo à saúde do paciente.
36/2001	Bahij Amin Aur	Curso técnico de acupuntura, regulamentação	Au	Parecer: Defere recurso apresentado pela Escola Técnica de Reabilitação Física – Educação Profissional de Ribeirão Preto, SP, para ministrar cursos técnicos de acupuntura e especialização em acupuntura, com base na falta de regulamentação da profissão, bem como sua prática livre até 1995, quando reconhecida como especialidade médica.
01/2007	Angelo Luiz Cortelazzo	Curso de especialização	Au	Parecer: Autoriza a Faculdade de Medicina de Jundiaí a oferecer curso de especialização em acupuntura/medicina tradicional chinesa para médicos graduados, com duração de 540 horas, ministrado pelo Dr. Emilio Telesi Junior e pelo Prof. Jou Eel Jia, este com autorização especial por não contar com titulação universitária, entre outros professores daquela Faculdade.
Indicação	Relatores	Tema	Estação Latouriana	Conteúdo
106/2010	Hubert Alquéres e Neide Cruz	Curso técnico de acupuntura	Au	Parecer: Considera inadequada a formação de profissionais de nível técnico em acupuntura no Estado de São Paulo, e propõe a suspensão de novas matrículas em cursos dessa natureza já autorizados.

I.k.	<p>Eu tinha informação de que os convênios pagavam mais pela consulta de acupuntura do que pela consulta convencional...</p> <p>O valor <i>da</i> consulta é padrão. É o mesmo do clínico geral, paga para o acupunturista, qualquer convênio. Agora, a aplicação em si, varia de convênio para convênio. Tem convênios que pagam mais, dentro da própria [nome da empresa]. Tem convênios pagando um valor bastante razoável. A [nome da empresa] de Manaus, por exemplo, paga por volta de R\$ 60,00. Eu cobro uma aplicação particular, agora subiu para R\$ 80,00. Era R\$70,00, até agora. Então, um valor muito bom, eu diria. Em uma cidade como Manaus, que o custo de vida é bem menor do que São Paulo, é um valor exorbitante, até. Agora, você tem um extremo, outro extremo que é uma situação como essa de Santos. Tem interior de São Paulo, Itu, Salto de Itu, onde, além de pagarem um valor intermediário, por volta de R\$ 32,00, R\$ 36,00, eles glosam[?] a maior parte, porque fazem um monte de critério de que “isso serve, isso não serve; essa patologia pode, essa não pode”.</p> <p>Discriminam o que pode ser tratado por acupuntura?</p> <p>É, esse é outro problema que a gente está vivendo agora, que é a determinação das diretrizes da acupuntura. A AMB tem um projeto, não sei se você ouviu falar. Chama Projeto Diretrizes. Esse Projeto Diretrizes nasceu do conceito de medicina baseada em evidências, uma forma nova de encarar a medicina, maneira contemporânea, e que estabelece, a partir das evidências para cada especialidade, as patologias, onde um determinado ato terapêutico é efetivo, ou é médio efetivo, ou não é efetivo; onde um exame de laboratório é 100% confiável, 90% confiável, assim por diante. Você vai nas diretrizes da pneumologia, vai ver tratamento da pneumonia doméstica, urbana, fora do ambiente hospitalar. Já se sabe, pelas evidências, que tal antibiótico é o de maior prospecto, naquela dosagem, por tanto tempo etc. Então, existe um desenvolvimento protocolar, e uma prova de que aquela terapêutica funciona em uma expectativa X da população. Todas as especialidades catalogadas na AMB <i>têm</i> que desenvolver suas diretrizes. <i>Têm que</i>. A que está mais atrasada na história é a acupuntura. A gente tem duas diretrizes feitas com metodologia inadequada, ou seja, ela foi feita antes da própria AMB estabelecer qual era a metodologia a ser aplicada. Você abre lá, diretrizes da ABM, acupuntura, vai estar lá lombalgia, e náusea e vômito. Botam lá uns trabalhos, mas não seguem a metodologia prescrita pela AMB. Então, tem um monte de críticas. Aí, o cara que é o controlador de um convênio, recebe um monte de indicação para acupuntura, ele não quer pagar. Eu tenho que me basear em alguma coisa para falar que não pago. Abre, lá, o Diretrizes: “- Aqui está falando que, olha, fora lombalgia, náusea e vômito, não está falando nada que funciona. Nem para cefaleia, nem para cervicalgia, nem para dor do braço, nem para não sei quê. Gastrite...”</p> <p>Mas a OMS já tem um número maior, não?</p> <p>Tem. A OMS tem um número imenso, na verdade, catalogado em quatro grupos. Cada grupo é por grau de evidência. Esses grupos têm transitado para um grupo que tem pouca evidência hoje. Daqui a dez anos, essa tabela, pode passar para o grupo um, mas ela não é usada universalmente. O que acontece? Na briga dos médicos contra o convênio, a gente pega a lista da OMS e o pessoal pega as diretrizes da AMB. E fica esse bate boca, que fica complicadíssimo. Qual é a ideia? Nós temos que fazer diretrizes pela metodologia oficial. Só que é difícil. Estou em um grupo fazendo essas diretrizes atuais. Tem quatro diretrizes em andamento, mas é muito complicado porque a gente depende de publicação. Não tem publicações com grau 1 de evidência na mesma proporção de qualquer outra especialidade. Você acaba juntando trabalhos, não consegue afunilar. É difícil. Mas é o caminho, não tem outro jeito. (Entrevista 44</p>
------	---

4.2.4 REPRESENTAÇÃO PÚBLICA: respondendo a uma demanda social – assistência em acupuntura e divulgação da terapêutica pela mídia

Pode-se considerar que, na cidade de São Paulo, a construção da representação pública em acupuntura tenha sua origem na disseminação discreta da terapêutica por meio das colônias orientais e escolas de artes marciais, entre os anos 1970 e 1980. Em seguida, por redes sociais (Silva, 1999) e midiáticas, em ambulatorios didáticos de escolas privadas.

Além do estudo realizado por Akiyama (1999) apresentado na INTRODUÇÃO, outros quatro trabalhos acadêmicos abordam a construção do perfil dos pacientes de acupuntura na cidade de São Paulo (Broitman, 2011; Yoshizumi, 2010; Silva, 1999; Medeiros, 1997), todos apresentados à Faculdade de Saúde Pública (FSP), USP.

Em estudo sobre saúde e qualidade de vida entre idosos de procedência rural residentes na área urbana (pessoas com 70 ou mais anos de vida), Medeiros (1997) analisa suas práticas não-convencionais de cuidado com a saúde. No perfil dos estudados havia mais mulheres (59%), mas em proporção menor à apresentada entre as faixas etárias mais jovens dos demais estudos. Esse conjunto de pacientes era composto por aposentados, mas um décimo deles ainda exercia atividade remunerada. Esse grupo apresentava baixa escolaridade, baixa renda, e metade dele era descendente de primeira geração de imigrantes. Eram habitantes do município de São Paulo, da Grande São Paulo e de outras cidades do estado de São Paulo. Os diagnósticos encontrados em mais de três quartos deles eram: hipertensão arterial sistêmica, insuficiência coronariana e cardiopatia senil. As MCAs mais utilizadas entre eles eram o uso de plantas medicinais e práticas espirituais (92%). Outras práticas eram a homeopatia, a acupuntura, o uso de Florais de Bach, a teoria do “quente” e “frio” (teoria humoral). A explicação para o uso das MCAs estava relacionada à herança cultural e ao baixo custo. Infelizmente, a autora não explorou o uso de uma terapêutica exótica como a acupuntura por parte dos idosos estudados. Isso impediu de inferir as formas de entrada na terapêutica por pessoas nessa faixa etária. Resta considerar, sobre esse assunto, a hipótese proposta por Silva (1999, p.79), segundo a qual “[...] a linguagem da Medicina Chinesa, por ser holística e

abrangente, além de comparativa e analógica, se parece sobremaneira àquela pela qual boa parte da população brasileira, principalmente a mais simples, se refere ao próprio corpo e às suas reações fisiológicas e patológicas”.

Silva (1999) apresenta um perfil de pacientes assistidos pelo ambulatório de acupuntura da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto semelhante ao encontrado de maneira geral na literatura estudada, mas também oferece de maneira original os efeitos da representação pública a respeito da terapêutica naquele ambiente. Ao informar que as atividades de acupuntura foram vítimas de preconceito e desqualificação nos primeiros tempos, acrescenta que, em pouco tempo, foi necessária a contratação de três novos médicos para o serviço, acompanhada de filas de espera, reconhecimento de pares e encaminhamentos para o ambulatório, além de uso do serviço também pela comunidade acadêmica. Os acupunturistas passaram a atender também pacientes internados. O autor atribui essa leitura favorável da acupuntura a três fatores: independência do acupunturista em relação à tecnologia médico-hospitalar-medicamentosa para tratar de doenças mais simples e parte das mais complexas; baixo custo para o profissional, embora com uso concomitante de tecnologia e terapêutica convencional quando necessário, e possibilidade de intervenção na prevenção primária. Acrescenta mais uma reflexão importante para esta estação do sistema latouriano. Segundo o autor, “[...] existem três caminhos na pesquisa em Acupuntura para sua plena aceitação como prática efetiva de cura [...]”: validação experimental (pesquisa em animais e humanos em ambiente de laboratório); validação clínica (aceitação pela MOM, mas carecendo de maior rigor metodológico em sua realização), e validação social (benefício terapêutico, e bem-estar da comunidade). Pensada nesses termos, a entrada da acupuntura no HC-FMUSP tem buscado legitimação pela validação experimental; tem se difundido pela validação clínica e tem se consolidado pela validação social, ou representação pública, nos termos deste estudo.

Em seu trabalho sobre o perfil dos pacientes da Unidade de Medicinas Tradicionais, ambulatório de especialidades municipal de São Paulo, Broitman (2011) identifica uma pequena parcela de pacientes HIV positivos. No entanto, a maioria absoluta é composta por mulheres (81%) na faixa etária dos 50 a 60 anos, que entram no serviço por demanda espontânea (74,1%), o que indica uma

predominância de redes sociais na difusão de informação sobre a terapêutica. As queixas predominantes são quadros de dor (67%) e, em menor escala, quadros de transtornos mentais ou comportamentais, além de distúrbio do sono (insônia). São, em geral, pacientes com quadros de cronicidade de sintomas (mais de seis meses), com comorbidades (71,5%) e uso de polifarmácia (até seis medicamentos por paciente) em quase a metade deles. Esse estudo indica benefício terapêutico na prática da acupuntura entre pacientes e unidade pública de assistência à saúde.

Yoshizumi (2010) estudou o perfil epidemiológico de pacientes de acupuntura por meio da análise da assistência ambulatorial em acupuntura a funcionários da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (SAA), na cidade de São Paulo, como parte do programa Qualivida⁵⁰ entre 2001 e 2008. O autor indicou um perfil de pacientes semelhante ao de Broitman, mas acrescentou alguns dados complementares como a pequena parcela de asiáticos assistidos pelo serviço de acupuntura, distribuição semelhante entre casados e solteiros, e declaração de prática religiosa/espiritualidade entre a maior parte deles. Além disso, a informação sobre o serviço ocorre por meio de comunicação interna do programa, pela mídia e por rede social. A assistência em ambiente laboral e gratuito distingue esse serviço dos demais apresentados nesta estação, e é considerado pelo autor um aspecto positivo na assistência em acupuntura.

Dentre esses autores, apenas Yoshizumi fez ponderações sobre a adesão ao tratamento em acupuntura por parte dos pacientes, ou seja, o seguimento ou a perda de pacientes nos serviços de saúde em relação ao início do tratamento. O autor menciona alguns dos fatores que facilitam a adesão: benefício terapêutico (auto-referido); economia de tempo e dinheiro com deslocamentos; gratuidade do serviço; atenção básica à saúde do paciente com redução de internação hospitalar ou tratamento cirúrgico (a maior parte das queixas pode ser tratada em nível de atenção primária); menor demanda sobre o sistema de saúde; redução nos índices de abstenção no trabalho; preservação da imagem funcional (proteção contra o *estigma*

⁵⁰ Política pública estadual na área de saúde com público-alvo de funcionários públicos estaduais e membros da comunidade. Na área de acupuntura, contou com parceria filantrópica da AMBA. In: Yoshizumi AM. Perfil dos usuários do ambulatório de acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo: um estudo de caso. [Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 2010.

de ter uma doença); estímulo ao autocuidado e regularidade no cuidado com a saúde, e melhor relação médico-paciente.

Não foram identificados estudos sobre evasão na assistência em acupuntura. A inexistência de informação sobre níveis de adesão ao tratamento pode resultar em viés de informação. O tema poderá ser objeto de estudos futuros para melhorar o conhecimento na área.

Estudos recentes realizados na Europa e EUA (Hopton et al., 2012; Frass et al., 2012; Highfield et al., 2012) apontam um público semelhante ao dos estudos brasileiros, além de expansão da demanda e serviços em MCAs, particularmente a acupuntura e homeopatia, com satisfação referida em relação aos resultados do tratamento. Em Santa Catarina, Brasil, estudo realizado em unidade básica de saúde (Alves, 2007) aponta, da mesma forma, resultados de satisfação dos pacientes acometidos com lombalgia crônica em relação ao tratamento realizado por acupuntura.

No HC-FMUSP, a representação pública aconteceu pela disseminação de ambulatórios didáticos e assistenciais em diferentes departamentos e institutos; também por meio de redes sociais de pacientes, e informação nos sites institucionais. Outro caminho foi o de apresentação de palestras proferidas por médicos acupunturistas que atuam no complexo HC para público em geral, em ambientes não-acadêmicos: templos religiosos, clubes e outros locais (Figura 8). As informações obtidas sobre tais palestras são indiretas. Embora houvesse menção à sua realização, seja pelos pacientes, seja durante a realização dos ambulatórios didáticos, não foi possível acompanhar alguma delas.

A disseminação de ambulatórios didáticos de acupuntura vem acontecendo de maneira lenta e discreta no HC-FMUSP, com aproveitamento da infraestrutura instalada, e em horários que essa infraestrutura ficaria ociosa. Os ambulatórios realizados no IOTHC-FMUSP são o mais adequado exemplo disso. Foi estabelecido acordo entre os coordenadores dos cursos de acupuntura o uso do ambiente de ambulatório do Instituto nas terças-feiras e quintas-feiras, após o encerramento das atividades convencionais. Ainda assim, era necessária flexibilidade, pois havia tensão nesse acordo. Como mencionado antes, durante as atividades do curso de especialização de acupuntura para médicos houve situações em que os médicos

ortopedistas prolongaram suas atividades, exigindo criatividade dos alunos para atender seus próprios pacientes.

No Grupo de Acupuntura no ICHC-FMUSP, a realização da assistência fazia parte da investigação científica e era concomitante à realização dos atendimentos do Ambulatório de Neurologia. Os médicos acupunturistas eram ainda mais discretos do que seus colegas do IOT, utilizando salas afastadas dos lugares de maior circulação de profissionais e pacientes.

Houve unanimidade entre os entrevistados quanto ao crescimento da demanda por acupuntura na sociedade (todos os atendimentos acompanhados apresentaram filas de espera de seis meses a dois anos), em especial na medicina de grupo, e por pessoas que vêm de sucessivos tratamentos pela MOM sem sucesso, tendo como queixa principal a dor musculoesquelética, articular, cefaleia e dor lombar por hérnia de disco. Foi considerada uma pequena parcela de pacientes que procuram a acupuntura para equilíbrio energético (prevenção primária). Estes eram pacientes de clínica privada, sendo pessoas de alto poder aquisitivo.

O perfil dos pacientes de acupuntura para esses médicos podia ser categorizado pelo critério do sistema de assistência. No serviço privado, quer liberal ou de grupo, o público era variado, apresentando mais quadros clínicos considerados mais leves, como ansiedade e quadros agudos, ainda que houvesse os considerados crônicos. Já o serviço público era caracterizado pela cronicidade de sinais e sintomas, e insucessos no tratamento pelo modelo convencional. Esse público era majoritariamente feminino, de meia idade para idoso, de baixa renda, que tinha acesso à terapêutica pelo SUS, na atenção terciária, no caso do HC-FMUSP, mas também na atenção primária e no nível secundário, de maneira irregular e descontinuada (Ischkanian, 2011). Predominavam quadros de dor com mais de seis meses de duração. Crianças e adolescentes eram raros, e isso era atribuído por esses médicos ao fato de a acupuntura utilizar uma terapêutica que se valia de agulhas, instrumento terapêutico estigmatizado pela cultura ocidental como suplício. Entre jovens, eram observados casos de lesão devido à prática de esportes e quadros agudos. Considerava-se que, para públicos diferentes (ou desiguais), os resultados da terapêutica fossem diferentes. Também era verificada a diversificação da clientela, segundo situação socioeconômica, o que corrobora a ideia de disseminação discreta

para além das elites econômicas e intelectuais indicada na INTRODUÇÃO [I.1.]. Segundo essa avaliação clínica, o benefício da acupuntura é efetivo nas alterações funcionais e quadros agudos. Já nas alterações estruturadas, seu benefício terapêutico era considerado apenas complementar ao tratamento alopático (Quadro 6).

Os médicos acupunturistas entrevistados consideraram que o primeiro curso de acupuntura com ambulatório didático foi instituído por um médico acupunturista que dominou a área durante pelo menos duas décadas. Esse modelo foi seguido por escolas de formação em acupuntura para médicos e não-médicos, inclusive em cursos técnicos, sem qualquer supervisão ou fiscalização específica, devido à ausência de regulamentação. Dessa maneira, conviviam as mais variadas formas de assistência e os mais variados procedimentos, desde a sobrevivência da agulha pessoal e reutilizável, guardada em pequenos tubos de ensaio sem formalina, até a associação da acupuntura com outras terapêuticas não-convencionais chamadas de terapias naturais (reiki, cristal radiônico, auriculoacupuntura com semente de mostarda, radiestesia, aromaterapia, reflexologia, cromoterapia, entre outros). Os pacientes transitavam por esses ambientes. Durante as atividades de campo, foi verificada ocorrência de pacientes que usavam a terapêutica em diferentes serviços do HC-FMUSP, evidenciando a inexistência de centralização do serviço e controle do fluxo de pacientes para reconsiderar a múltipla inserção.

As interpretações dos médicos entrevistados sobre o comportamento de seu público-alvo em relação à acupuntura apresentaram um panorama da lenta construção de legitimidade para essa área de conhecimento, por meio de um caminho nem sempre linear. Pacientes são pessoas fragilizadas por sofrimento e/ou dor, e precisam ser esclarecidas sobre o alcance de qualquer terapêutica [II.1.]. É delicada a fronteira entre ciência e clínica, política e técnica.

Como observado na apresentação do perfil dos médicos entrevistados, ao longo do tempo a prática clínica foi demonstrando o que podia ser tratado exclusivamente com acupuntura e em que ela era complementar. Segundo eles, MOM e MCC não se excluía, necessariamente, nem o paciente devia ser levado a acreditar na infalibilidade de nenhum dos núcleos conceituais. Havia maneiras de lidar até mesmo com situações extremas, esclarecendo ao paciente o alcance de cada terapêutica.

Figura 8. Estação da representação pública (RP) no estabelecimento da acupuntura no HC-FMUSP

Quanto à resposta dos pacientes ao tratamento, foi considerado que existem desistências, mas o paciente que observa resultados positivos nas primeiras sessões, ou mantém o tratamento indefinidamente, ou retorna quando sente necessidade, e indica novos pacientes [III.1.]. Houve acordo em relação a uma das limitações para a expansão da acupuntura: o medo da agulha, ator não-humano fundamental nessa relação terapêutica [IV.1.].

Também existiu a interpretação de que a ciência médica tende a associar acupuntura a efeito placebo e que, na prática clínica, o chamado placebo é parte constitutiva da terapêutica. É possível que o paciente tenha um bem-estar geral, mais do que apenas com o agulhamento. Também foi considerada a existência de um componente emocional nas enfermidades, os quais podem estar sendo trabalhados pelos acupunturistas.

Quanto à mídia, não houve consenso sobre sua contribuição para a divulgação da acupuntura como uma terapêutica segura e efetiva. Ela foi considerada ambivalente e inconstante. De qualquer modo, vista em perspectiva, a acupuntura foi considerada uma terapêutica em expansão, devido justamente à maior divulgação da terapêutica, fosse pelas redes sociais físicas ou virtuais, fosse pela divulgação na mídia, fosse, ainda, pela busca de terapêuticas de assistência à saúde menos agressivas e com efetividade demonstrada.

Durante as atividades de campo, foi possível acompanhar a produção de uma reportagem televisiva sobre acupuntura, realizada no ambulatório didático da Liga de Acupuntura do IOT-HCFMUSP. Uma equipe constituída de comunicadora, *cameraman* e profissional de apoio gravou imagens de agulhamento e entrevistou pacientes com diferentes enfermidades. Essa reportagem foi ao ar dias depois, em canal de TV paga, contando com depoimentos que retratam a realidade daquele ambulatório.

Apesar de certo estranhamento em relação à terapêutica e às condições de atendimento (coletivo), eram regulares 300 pacientes atendidos semanalmente (110 na terça-feira, 190 na quinta-feira) nos ambulatórios didáticos do IOT-HCFMUSP, e 23 (podendo chegar a trinta, nos dias de entrevista inicial) no ICHC-FMUSP, porque os resultados da terapêutica eram considerados positivos por eles. Deve-se ainda

levar em conta os serviços de assistência em outros departamentos e institutos, não contemplados neste estudo.

I.I.	<p>[...] Em todo esse tempo, o que o senhor verifica em relação aos resultados do tratamento pela acupuntura nas pessoas?</p> <p>Uma vez feito bom diagnóstico, se você trata pacientes que são tratáveis pela acupuntura, ele tem resultado fantástico. Exemplo, paciente que tem ansiedade, stress, depressão; paciente que tem dor musculoesquelética, incluindo coluna, tendinites; algumas doenças ginecológicas, tipo TPM, funciona muito bem. Asmas leves, algum distúrbio cardiorrespiratório, também funciona muito bem.</p> <p>Em quê não funciona muito bem, por exemplo?</p> <p>Quando você tem uma doença neuropática, uma lesão do nervo... Por exemplo, o paciente tem uma hérnia de disco que machucou nervos; paciente tem dor por diabetes; paciente tem dor por herpes zoster, tem dor de câncer, a acupuntura funciona como complementar, porque ajuda, só.</p> <p>O paciente que faz quimioterapia, que tem náusea, vômito, você faz acupuntura, melhora. Não vai curar câncer. Então, tem situações que a acupuntura funciona muito bem, tem situação, doença, que funciona mal. Basicamente, é o seguinte: quando o paciente tem poucas lesões, acupuntura funciona muito bem. Se o paciente tem lesões físicas, a acupuntura funciona menos. Por isso que, dependendo do caso, o uso de remédio é necessário. Ao contrário do que muita gente fala, que quem faz acupuntura, não precisa tomar remédio.</p> <p>Uma asma, acupuntura funciona bem, mas, uma bronquite, a acupuntura funciona menos. Asma com infecção, acupuntura funciona pouco, tem que tomar antibiótico. Asma emocional, acupuntura funciona muito bem. Então, mesma doença, dependendo da causa, muda o tratamento também. (Entrevista 1)</p> <p>[...] o perfil de doenças, ele mudou ao longo do tempo. Acho isso: quem faz acupuntura há mais de quinze anos, deve ter sentido a mesma coisa que eu. Acho que o [nome do profissional] também concorda. O perfil do paciente que <i>ia</i> fazer acupuntura era o paciente mais ou menos doente. Era o paciente que não se sentia muito bem, ou que tinha a ideia de fazer alguma coisa natural que mantivesse sua saúde; que não tivesse efeitos colaterais. Muitos com uma ligação com naturismo etc. Conforme a acupuntura foi entrando mais no sistema médico, o perfil foi mudando. Então, por isso que falei anteriormente, do doente <i>doente</i>. Hoje, a gente atrai cada vez mais o paciente com patologias, graves ou não, mas patologias estruturadas, onde o procedimento que você vai aplicar tem que oferecer uma resposta terapêutica efetiva, em um tempo determinado, e não como esses do equilíbrio, da vitalidade, como o paciente busca: “- Vim aqui para equilibrar minha energia”. Isso é tão subjetivo, que você não tem como mensurar se está equilibrado ou não, não é? Então, vai lá, bota as agulhas. O cara está lá, acha que equilibrou a energia...</p> <p>Tem uma médica aqui, do grupo do HC, ela fala assim: “- Você quer equilibrar energia, vai na Eletropaulo”. [riso] Eu mesmo não... Não sei fazer isso. Então, mudou o perfil. E hoje, o consultório de um médico acupunturista... Acho que também isso é global, vai falar que gira entre 60% a 70% dos pacientes são patologias de dor, patologias dolorosas. <i>Entre</i> os seus sintomas, a dor. Em geral, dor <i>crônica</i>. É onde a acupuntura oferece um diferencial frente à terapêutica disponível convencional. (Entrevista 44)</p> <p>Com um novo perfil de paciente?</p> <p>O perfil, não sei. Antes, eu acho que a acupuntura estava um pouco elitizada.</p>
------	--

	<p>Por que elitizada? Não porque o médico é elitista, mas porque ia fazer acupuntura, não tinha no serviço público, não tinha residência de acupuntura. A população menos privilegiada não tinha acesso.</p> <p>[...]Aí, a acupuntura começou a ser difundida entre a classe menos privilegiada, por quê? Porque foi para o SUS. Você não sabe. O pessoal conhece e vai pela primeira vez, o pessoal fica doido! Querendo fazer, continuar, e encaminhando outras pessoas. Não tem fim. Só que, assim, tem que entrar o médico nessa hora. Tem que saber o que você pode, o que não pode fazer. Todas as especialidades médicas, tudo, tudo tem o seu limite. Vai da ética médica. Tudo tem o seu limite. Você não pode extrapolar.</p> <p>[...]Uma coisa que você não perguntou, mas eu também não falei. Quem encaminha? No meu consultório, por exemplo. Eu diria que 95% do encaminhamento no meu consultório é boca a boca, paciente para paciente. (Entrevista 59)</p>
II.1.	<p>Uma vez que eu falei, logo no início. Falei para uma mãe, que uma criança tinha distrofia muscular, falei que acupuntura não... não tratava aquilo. Ela, realmente... Depois disso, eu nunca mais dispensei um paciente. Ela falou que queria tentar o que podia para o filho dela. E eu, inocentemente, como tinha perguntado para um: “- Funciona?” “- Não, não funciona”. Eu falei para ela: “- Olha, não tem trabalho, diz que não funciona”. Ela ficou muito chateada comigo, porque... Deve ter procurado outro, claro, para fazer. (Porque é um desespero de mãe, não é?) É um desespero de mãe. Depois que eu... Mas, como eu fui... De vez em quando, eu escuto muito o que um ou outro fala, então... Aí: “- Funciona?” “- Não, não funciona”. Eu não quis enganar a mãe. Nesse sentido, eu não queria enganar a mãe. E, ao mesmo tempo, que eu podia ter feito e falado para ela de outra maneira. Mas eu fui ser muito sincera, e... (Entrevista 5)</p>
III.1.	<p>Qual é a resposta dos pacientes? Têm boa adesão, faltam, abandonam o tratamento?</p> <p>Não! Ach, ach. Ao contrário, tem paciente que tenho que tentar desligar do programa. Tenho que convencê-lo de que o programa não está o ajudando. Às vezes, flagro algum paciente que acabei... No meu caso, lá, não aqui. Estou falando de lá, da minha prática. Paciente que eu acabei elegendo para o método, e que, durante o acompanhamento, percebo que não fiz um bom encaminhamento. Olha só, esse paciente encaminhei errado. Tenho que desligar. Explico para o paciente que existe um programa de tratamento. Acupuntura é um programa. O paciente não era para acupuntura, não serve, para ele, acupuntura. Não melhora. Você põe, não melhora. “- Ah, doutor, melhorei”. Não, não está bom. Está faltando alguma coisa. Então, você vê que, muito disparatadamente diferente da média, os pacientes querem continuar na acupuntura. “- Mas, olha, estou espetando você, e você quer continuar sendo espetado?” “- Ah, doutor, mas, pelo menos, venho aqui. O senhor conversa”. [risos]</p> <p>Então, conversa é uma coisa. “- Se nós vamos conversar, eu não preciso espetar você. Porque você vai ficar sofrendo com a espetação?” “- Não, mas pode espetar, não tem problema”. Assim que é. Alguns pacientes têm esse tipo de resposta. Porque a maioria das doenças está ligada, mesmo, a aspectos emocionais. (Entrevista 63)</p> <p>Qual seu olhar para o futuro da medicina chinesa em São Paulo?</p> <p>Acho que está aumentando bastante. Há dez anos, no meu consultório normal de dermatologia ninguém falava em fazer acupuntura. Hoje em dia, tem uma grande</p>

	<p>porcentagem de pacientes que faz tratamento com acupuntura.</p> <p>Você atribui isso a quê?</p> <p>Acho que uma divulgação maior. Também, sabe aquela história de fugir um pouco dos medicamentos, dos efeitos colaterais dos remédios? Acho que é um pouco por aí. Conhecimento melhor da acupuntura. (Entrevista 64)</p>
IV.1.	<p>Os pacientes respondem bem, desistem do tratamento?</p> <p>Respondem bem. Tem gente que desiste porque tem gente que não gosta de agulha. Tem uma barreira psicológica... Ninguém nem imagina colocar uma agulha no corpo. (Muita gente?) Não, porque quem tem medo, não vai. Mas tem gente que tem medo. Vai porque necessita. E depois de algum tempo, fala: “- Nossa! Se eu soubesse, teria vindo muito mais cedo”. (Entrevista 46)</p> <p>Os pacientes têm boa adesão, seguem o tratamento...?</p> <p>Depende do tipo de doença que o paciente tem. Quando o paciente tem uma doença crônica, e sente que a acupuntura melhora... Ele sabe que a acupuntura não vai curar a doença dele. Aliás, nada cura, se é uma doença crônica. Se há uma possibilidade de esse paciente diminuir o uso de medicação, continuar fazendo acupuntura, ele vai ser bem aderente nas sessões. Essa é uma experiência pessoal do consultório. Tenho vários pacientes que aparecem com uma doença aguda; nós tratamos com acupuntura, o paciente tem bom resultado, vai embora, recebe alta. Quando tem uma nova condição, eles voltam.</p> <p>Aqui no nosso ambulatório, geralmente a gente pega pacientes com doença crônica. E, você pode ver, vários deles terminam as sete sessões, vão, dão uma volta por aí e, quando abre uma nova turma, eles se matriculam de novo. Agora, uma coisa interessante. A acupuntura não é um procedimento inócuo. Dói. A inserção da agulha provoca dor. Senão há nenhum resultado positivo, ninguém volta só para levar agulhada. E, especialmente, no consultório, quando eles pagam por isso.</p> <p>Tem uma paciente que, atualmente, está tratando comigo, é a terceira vez que volta, e ela paga particular. E ela não tem, lá, grandes condições de fazer. Tanto é que ela interrompe. Quando ela melhora, sai; depois, ela volta.</p> <p>É claro que o profissional que está praticando faz diferença. O paciente percebe se o médico sabe ou não sabe o que está fazendo. (Entrevista 58)</p> <p>Como os pacientes respondem ao tratamento: são assíduos, vêm, desistem?</p> <p>Os pacientes são bem assíduos... Não tenho uma estatística para te dar, mas a impressão que a gente tem é de que 80% dos pacientes respondem na primeira sessão, e, aquele paciente que tem uma melhora na primeira sessão, ele volta 100%. A gente acaba perdendo uns 20% de pacientes. Não toleram o agulhamento... Acho que tem 20%, realmente, da população, que não responde à acupuntura, mas em geral, na maioria dos casos, eles são bem assíduos. (Entrevista 65)</p>

4.2.5 NÚCLEO CONCEITUAL: flexibilizando a MOM e a MCC - coração palpitante do sistema circulatório da acupuntura no HC- FMUSP

Por núcleo conceitual entende-se a teoria que orienta a produção do conhecimento científico (Latour, 2001). O núcleo conceitual é o fio condutor dos vínculos e nós da rede de conexões entre natureza e sociedade, ciência e política, na produção científica.

Na área da saúde, é comum considerar que a MOM é orientada pela teoria cartesiana que divide o conhecimento em partes e é regida pelo dinamismo e pela prova científica (Luz, 1993c; Camargo Junior, 1993), ou ainda pelo paradigma positivista que dá ênfase aos aspectos biológicos e etiológicos da doença, considerado reducionista (Iorio, 20007). A MCC seria uma teoria milenar, daoísta (ou neoconfucionista), fundamentada em conceitos como Yin-Yang, cinco elementos, circulação de *qi* e *xué* por canais traduzidos como meridianos (Iorio, 2007) [I.m.]. Uma teoria cristalizada no tempo e transmitida oralmente (Moraes, 2007; Luz, 1993a). Enquanto a primeira seria secular (no sentido de explicar tudo pela ciência), a segunda teria um fundamento religioso (no sentido de fazer valer a espiritualidade e a intuição) (Moraes, 2007). Sim e não para as duas afirmações. Nem a MOM é exatamente secular, no sentido de explicar tudo por princípios científicos - e os “desconhecidos desconhecidos”, como o vírus da hepatite C, até 1989 (Schafranski, 2011), são exemplo disso -, nem a MCC se baseia na religiosidade, senão na prática sistemática da clínica. Nenhuma delas é cristalizada no tempo, e muito do conhecimento transmitido por ambas é oral e fruto da experiência e observação e/ou pelo estudo de obras de referência. Não parece existir irredutibilidade nessa área. Se existe diferença entre elas, essa deve ser buscada especialmente no fato de a primeira poder ser lida em idiomas ocidentais hegemônicos como o francês, o inglês e o alemão; e a segunda, apenas em chinês clássico ou contemporâneo. Além disso, ambas são dinâmicas. Tanto a MCC quanto a MOM têm se transformado ao longo do tempo, recebido influências de outras matrizes e incorporado aquilo que lhe pareça mais adequado. Por exemplo, a MCC teve uma construção histórica caracterizada pela troca de informação e influência ao

menos com duas outras matrizes médicas – a hinduísta/budista e a persa – no passado, e com a MOM, desde o século 18, trocando informações de maneira mais acentuada a partir de meados do século 20.

Há quem considere que a medicina chinesa pura e verdadeira, tradicional, seja apenas aquela que aparece na Figura 9 como MCC. Nesse caso, as práticas médicas verificadas nos dois outros segmentos (MOM + MCC, MOM) seriam consideradas impuras e contaminadas pela influência negativa da modernidade (Luz, 1996a; 1996b). Essa é uma questão delicada, pois no Brasil e em outros países que não a China, a prática usual da MCC é a acupuntura, as demais terapêuticas da medicina chinesa sendo raramente empregadas na assistência à saúde por desconhecimento dos praticantes e inexistência de formação na área. Nesse caso, seria necessário indagar se esse núcleo conceitual pode ser tomado em conta, quando aliado das demais estratégias terapêuticas que o compõem. Resta a dúvida, pois, nesse assunto: se os adeptos da chamada acupuntura científica transformaram a acupuntura em técnica, os adeptos das acupunturas tradicionais praticadas no Brasil também o fizeram, à sua maneira, em especial os profissionais que a compõem com outras estratégias terapêuticas das MCAs.

A explicação da MOM para o funcionamento da acupuntura está relacionada a fatores neurofisiológicos. Os “[...] estímulos da acupuntura agem na entrada do sistema nervoso central, podendo ativar a via descendente antinoceptiva para liberar opióides endógenos e desativar o caminho da dor nociceptiva ascendente”⁵¹ (Goddard et al., 2005, p.237). Essa é a linha adotada pelos médicos acupunturistas que têm atividades no HC-FMUSP. Outra linha de explicação relaciona a ação da acupuntura com “[...] ondas eletromagnéticas [...] captadas e transformadas em onda elétrica que se propaga no corpo” (Iorio, 2007, p.38).

Pelo sistema latouriano, o que caracterizaria a construção do conhecimento na acupuntura médica ou científica seria o que aparece no centro da Figura 9 (MOM + MCC, destacado em verde). À esquerda, ficaria a chamada MCC pura e, à direita, a MOM pura. Nesse caso, a transformação da acupuntura científica em fato dependerá

⁵¹ No original em inglês: “[...] acupuncture stimuli act as central nervous system input that can activate the descending antinoceptive pathway to release endogenous opioids to deactivate the ascending nociceptive pain pathway”. O tema aparece também em Finnis et al., 2010 e Autret et al., 2012.

da extensão da rede de conexões que ela for capaz de tecer e que a estabilizem no futuro. Quer dizer, em termos latourianos, essa ‘caixa preta’ ainda não foi fechada. Para que isso aconteça, serão necessários mais esforços na mobilização do mundo (assistência, realização de pesquisas e publicação de artigos científicos), na autonomização (formação de quadros profissionais e institucionalização), nas alianças (alistar mais interesse externo para sua proposta) e na representação pública (legitimação social), esta, como afirma Akiyama (1999), já estabilizada.

Os médicos entrevistados ainda interpretavam a MOM e a MCC como irredutíveis no plano teórico, mas as empregavam de maneira combinada. Reitera-se que todos têm formação básica em MOM (como os demais médicos acupunturistas) e que, da MCC, dominam basicamente a acupuntura.

Os depoimentos dos médicos entrevistados informaram que tanto a MCC quanto a MOM oferecem recursos limitados à assistência à saúde quando utilizadas isoladamente. A combinação delas parecia oferecer melhores resultados na prática clínica, ainda que a MCC carecesse de comprovação mais consistente quanto à eficácia.

Não foi verificada entre os médicos entrevistados posição radical a propósito de nenhum dos núcleos conceituais de medicina e o entrevistado que mais aproximou seu discurso da dimensão científica da MOM para explicar a acupuntura era um dos que tem prática mais associada às MCAs. No entanto, o discurso político sobre a necessidade incondicional do diagnóstico nosológico e dos riscos que a acupuntura oferece quando praticada por não-médicos foi recorrente, embora não houvesse unanimidade em relação ao tema. Disso decorre que os subtemas de interesse nesta estação são o núcleo conceitual MCC+MOM, o benefício terapêutico que a acupuntura oferece e suas interpretações sobre a formação médica, e a relação terapêutica.

I.m.	Quando é dor muscular, começa-se agulhando distalmente; depois, proximalmente; depois, no local. Dependendo da patologia, quando é uma patologia sistêmica, a gente procura usar a medicina chinesa, e usar os pontos da medicina chinesa, mexendo com os pontos do órgão afetado. Você sabe que a medicina chinesa mexe com os cinco elementos, que estão relacionados com os cinco órgãos ocultos e maciços, que são seus complementares. (Entrevista 9)
-------------	--

4.2.5.1 MCC e MOM

Esse subtema evidencia a confusão na área proposta por Akiyama (2004), e indica alguns caminhos possíveis para sua solução.

Existiu uma grande variedade de interpretações sobre a MCC no grupo de médicos entrevistados, uma miscelânea que foi do reconhecimento de certa especificidade desse núcleo conceitual em relação à MOM, explicado segundo critérios não científicos [I.n.]; passando pela interpretação de que só existia uma medicina com diferentes repertórios terapêuticos, com destaque para os resultados de seu uso no tratamento de saúde [II.n.]; ou pela ênfase na ideia de eficácia, com certa ideia sobre uma cristalização da MCC em relação à MOM e reconhecimento velado de que, na prática médica o objetivo final era de que a terapêutica funcionasse. Interessante observar que transpareceu em pelo menos dois depoimentos a ideia da terapêutica pela acupuntura como um produto do mercado místico de saúde, ao mesmo tempo em que se propunha a desmistificação da terapêutica [III.n.].

A ideia de que a MCC enxergava o paciente como um todo foi recorrente. O uso do termo holístico em substituição a *todo*, fez parecer que tivessem o mesmo significado. Houve certo esvaziamento do conteúdo desses termos. Houve um trânsito entre o sentido de soma das partes do corpo com aspectos mais sutis. No entanto, do que se trata esse todo? Algo que se contraponha às especialidades da MOM? Mas essa especialização não será necessária, em algumas situações? A própria MCC não foi dividida em especialidades desde a dinastia Tang [618-907], período em que a acupuntura se tornou uma delas (Ma, 1992)?

É possível que esses médicos estivessem se ressentindo não do núcleo conceitual da MOM, mas de certa perda de sensibilidade da prática clínica; que viessem desenvolvendo certa desconfiança em relação à tecnologia (fármacos e exames subsidiários), e que reconhecessem os limites da MOM [IV.n.].

Também existiu a interpretação de crise da MOM ao construir um distanciamento entre o médico e seu paciente, um distanciamento não científico, mas clínico [V.n.]. O médico formado pela MOM evitaria tocar no paciente, e substituiria o contato físico pelo exame complementar. Em contrapartida, a mesma interpretação considerou que o exame complementar pode mascarar sinais, ou seja, ainda seria

necessária a construção da experiência individual do médico. Nesse caso, por que o médico evita tocar no paciente? Ele perdeu a sensibilidade só adquirida no treino da prática clínica? É admissível considerar que o estudo e a prática da acupuntura restabeleçam esse treino em benefício do paciente, ainda que o médico lance mão de diferentes estratégias terapêuticas [VI.n.]?

Algumas interpretações, ainda, adquiriram um componente étnico, que incorporava o núcleo conceitual da MCC na cultura mais abrangente chinesa e no idioma chinês. Subjacente a essas interpretações encontrou-se a necessidade de dominar minimamente o idioma e a cultura chinesas para praticar MCC [VII.n.].

Por que usar MCC combinada com MOM? Há diferentes motivos para isso. Primeiro, os profissionais entrevistados eram médicos formados pela MOM e tinham responsabilidades relacionadas a isso. Segundo, o uso combinado dos dois núcleos conceituais foi justificado pelos limites da MOM e da MCC em solucionar sozinhos todos os casos de adoecimento [VIII.n.].

Figura 9. Núcleos conceituais da MCC, MCC+MOM e MOM

I.n.	A medicina chinesa é um sistema de saúde, é um sistema de entender como o corpo humano funciona, que se desenvolveu paralelamente ao conhecimento ocidental, grego. É uma medicina voltada mais para aspectos sutis, de introspecção, de você conseguir sentir o etéreo, não só aquilo que você consegue ver, palpar, e medir. É uma medicina mais voltada para essa parte de como o corpo humano funciona, sem ser baseado em dados anatômicos. (Entrevista 65)
II.n.	Veja, não existe medicina ocidental, medicina oriental. Existe uma coisa chamada medicina. Você tem diversos recursos diferentes para proporcionar o bem-estar do paciente. O cuidar do paciente é mais importante. Quanto mais bem preparado você for, mais arsenal terapêutico você tem, você é um médico mais bem formado, você consegue oferecer opções diferentes para o paciente. Não existe, na verdade, uma segmentação, um sectarismo entre diversos sistemas médicos. Se o paciente precisa de um... prefere... Na verdade, vou recomendar para ele o que ele precisa, não o que ele prefere. Quando ele chega no meu consultório, ele fala: “- Eu quero fazer acupuntura para isso”. “- Gente, isso não funciona. Você precisa tomar remédio”. “- Ah, quero tomar remédio para...” “- Não, você vai tomar... Aqui, não vai melhorar nada. Melhor fazer acupuntura”. Esse é o nível de oferecimento... Não existem duas medicinas. (Entrevista 58)
III.n.	<p>Eu diria assim. Assim como, lá no Hospital das Clínicas, na Faculdade de Medicina, o pessoal é extremamente acadêmico, tem que provar, tem que não sei quê, nós não jogamos fora. Aqui, fazemos medicina tradicional chinesa, mas temos o pé no chão! Você não pode tentar explicar tudo pela medicina tradicional chinesa, que é uma coisa que vem de 5.000 anos, quando, hoje, você tem doenças que, antes, não se sabia, não existiam. Não tem como! Se pegar chineses de antigamente e colocar frente a doenças atuais, que a gente tem, eles iam falar alguma coisa sobre sinais e sintomas. Tudo bem, mas eles não tinham a terapêutica armada, eles não tinham microscópio; não tinham toda essa parafernália que faz com que a gente consiga detectar o porquê das coisas. Só que eles chegavam às conclusões... Aí é que está o grande mérito: sem ter nada disso!</p> <p>Eles não tinham... Não se falava em aids, assim como, há mil anos. Será que existia? Talvez existisse. Não dá para saber se algum ser humano daquela época pegou aids. Não sabemos. Porque veio saber, disseminou quando? Anos 1980, mas, em 1950, já tinha. Está vendo? Os países que guardaram material das mortes que eles não conseguem identificar a causa. Então, as escolas têm essas diferenças básicas, mas são muito importantes (Entrevista 59).</p> <p>Medicina tradicional chinesa é uma medicina baseada em observações práticas. Na observação, através da filosofia daquela época, construíram uma teoria. Tem uma teoria filosófica observacional, baseada em experiências também.</p> <p>A medicina ocidental é baseada em evidência científica, comprovação científica, não em uma filosofia. Ela evolui, e rápido. Só que a filosofia estaciona. Você constrói uma filosofia, é quase uma religião. É aquilo e não foge mais daquilo, só aquilo. Sendo que a evolução baseada em evidência, cada vez que mostrar uma evidência diferente, você muda o seu conceito.</p> <p>O que se aplica aqui, em São Paulo? Podemos dizer que uma mistura, salada geral. Tem gente que gosta dessa filosofia, porque dá um ar místico de difícil de acupuntura. Não tem nada de difícil. E tem paciente que gosta desse certo misticismo, e acha que é tudo difícil, então, ele consegue cobrar mais. Tem gente que faz de difícil para marcar consulta. Liga lá: “- Olha, não tem vaga. Só daqui a</p>

	<p>três meses. Mas pode deixar seu telefone. Se tiver uma vaga, a gente liga para você”. Aí, no dia seguinte, liga. Só que você vai no consultório, está vazio. Vai criar um clima de difícil.</p> <p>Tem gente que trabalha com esse misticismo filosófico, se apaixona pela filosofia, e fica falando de difícil. E você percebe que, aqui, tento reduzir ao máximo de difícil para o mais simples possível. “Faz assim, assim, ótimo. Funcionou? Não funcionou? Deixa eu ver”. É experiência prática! Funciona ou não funciona. Você faz toda uma teoria filosófica, e fica dois anos tratando o paciente, não melhora... Eu, na primeira agulha, coloca, tem que funcionar. Essa é a diferença! Quando você usa um padrão de teoria ou outro padrão de teoria.</p> <p>E em São Paulo, no Brasil, pratica de tudo. Tem tudo quanto é gente. Tem gente que segura o paciente durante dois anos, e nunca dá alta. Comigo, faz dez sessões, sete sessões, e: “- Tchau, vai embora. Procura outro”. Tenta se livrar do paciente. É diferente. O nosso conceito é diferente.</p> <p>São Paulo pratica de tudo quanto é jeito, não dá saber o que faz aqui. Depende de cada médico. E depende da ética do médico. Claro! Se ele tem ética... Olha, para ganhar dinheiro... Na ética, você não ganha dinheiro. Para ser rico, você não pode ter ética. Porque, manter um paciente, tratar dois anos, e nunca melhorar, isso não é ético. Para mim, faço dez sessões. Melhorou? Ótimo, vamos continuar. Não melhorou? Tchau. Não funcionou.</p> <p>A minha formação é em fisioterapia. Fisioterapia, a primeira regra: tornar o paciente independente, inclusive do médico. Ele está com deficiência, tem que se tornar independente. Ele tem que se virar sozinho, mesmo que isso signifique desligar do médico. Se conseguir desligar do médico, melhor ainda. Significa que ele está habilitado, está de volta à sociedade. Ele não fica dependente do médico.</p> <p>Agora, pela teoria de liberação de endorfina, uma parte mais científica, você consegue explicar melhor. Agora, pela explicação de desequilíbrio, só de atravessar a Avenida Paulista, já está desequilibrado. Já precisa voltar ao acupunturista, para equilibrar de novo. Então, nunca vai dar alta.</p> <p>Quando você vê pelo aspecto ocidental, quanto mais cedo você dá alta, melhor para o paciente. Essa é a grande diferença entre medicina tradicional chinesa, a visão da medicina chinesa. Você nunca consegue estar equilibrado com o universo, consigo mesmo. Especialmente vida de paulistano, não vai estar equilibrado nunca. No trânsito, já desequilibra tudo.</p> <p>Do outro lado, ocidental, a visão dele, nossa! Quanto mais cedo se livrar do médico é melhor, porque ele não se sente doente. O paciente que sente: “Estou doente, estou doente. Coitadinho de mim, estou sempre doente”. Não! Tratou, melhorou, tchau. Essa é nossa maneira de ver. Talvez, não uma maneira de ver de acupunturista, talvez mais uma maneira de ver de um fisiatra, de criar independência para o paciente, inclusive do médico. Com essa educação básica, acabei educando de maneira diferente. Minha maneira de ensinar é diferente. Tudo é diferente, pelo ponto de partida diferente.</p> <p>Devo sofrer muitas críticas, é claro, de outros colegas que gostam dessa área. (Entrevista 62)</p>
IV.n.	<p>É, veja bem. Eu acho, teoria é uma coisa que a pessoa inventa para explicar, para dar uma racionalidade a um fenômeno que a gente vê. Segundo o pensamento chinês, oriental, eles partiram de princípios que, muitas vezes, são estranhos para o pensamento ocidental. Se a gente começar a pensar bem, segundo o pensamento deles, estava certo. Tem certas coisas que têm certa lógica, dentro do raciocínio. Dentro do raciocínio, a coisa funciona. Mas, se a gente vê que desconhece o funcionamento do corpo humano, a gente não sabe o que é vida... A</p>

	<p>gente sabe uma parte do que acontece no corpo da gente, na organização do ser vivo, em si. Aquilo que a gente conhece, muitas vezes não dá para explicar um fenômeno que acontece, quando a gente faz agulhamento. Então, acho que, na verdade, a gente não sabe é nada. A gente sabe alguma coisa. Olha, se a gente cutuca esse ponto, acontece aqui... Mas, segundo o conhecimento da neurofisiologia, da neurofuncional, da anatomia, não explica. O chinês deu uma explicação, segundo o pensamento deles. Na lógica deles, funciona. Mas, será que é isso que realmente acontece no corpo humano? Será que o que a gente conhece de toda a ciência...? Hoje, não dá para explicar muita coisa. À medida que a gente vai avançando na ciência, o conhecimento humano, certas coisas, acho que a gente vai chegar lá. A verdade de hoje pode não ser a verdade de amanhã.</p> <p>Outra coisa. Muitas vezes o [nome próprio] fala. Esse pessoal que fala que é de medicina clássica, os textos clássicos, a gente tem que filtrar.</p> <p>A avó da gente não falava, no frio? “- Toma um chazinho quente, um chocolate quente”. A gente toma coisa quente. Chinês explica que a gente está tomando quente para adquirir energia. (Entrevista 43)</p>
V.n.	<p>Bom, medicina chinesa é... É uma... Vamos dizer o que é medicina chinesa. Eu acho que é um modo de... abordar a doença, pelo doente. Acho que essa é uma coisa interessante. A doença, através do doente. A doença através do relato! Acho que o <i>relato</i> do doente, na acupuntura, é muito crucial. É a medicina sintomática. Ela privilegia o sintoma. O que você sente? E é uma medicina que, na área de reconhecimento de sinais... Sinal é aquilo que muda no exterior da pessoa. Isso é sinal. Sintoma é aquilo que você fala. Sinto, não é? Eu sinto. Isso, na medicina geral. Sinais e sintomas. Você fala: gripe, sinais e sintomas. Sinal, nariz escorrendo. Nariz tapado, sintoma. Você vê o nariz tapado? Você não vê. Só se tiver uma rolha. [riso] Nariz tapado, você fala. Está certo? Febre é sinal, eu posso medir. Calafrio é sintoma, não meço. Sinais e sintomas.</p> <p>Os sinais da medicina chinesa são muito difíceis, porque são muito ligados mesmo a coisas que a gente não está habituado a ver, como alterações da língua, alterações do pulso, e tal. Mas os sintomas são muito consistentes e são muito suficientes para você exercer o tratamento. Então, a medicina da pessoa. A medicina que exige o toque no doente, tocar a pessoa. E essa troca de energia com a pessoa... A pessoa distingue isso como uma troca de energia. Não é energia, na verdade, mas algo que você coloca uma “energia”. É uma troca de pele com o indivíduo de grande valor.</p> <p>A medicina chinesa seria isso, uma metodologia centrada no doente e nos sintomas. A medicina ocidental, no caso, é centralizada... Não valoriza tanto o sintoma, e vai valorizar os sinais, e, eventualmente, os exames subsidiários. Com a presença do exame subsidiário, prescinde o toque no doente. É mais fácil pedir um raio-x do que escutar seu pulmão. Tudo bem, tem que escutar o pulmão, mas escuto pulmão em cinco minutos. Eu peço raio-x, porque o raio-x vai me dar pneumonia. É meio incauto, porque tem pneumonias que, às vezes, não aparecem bem no raio-x, e aparecem bem na ausculta. Pois é, isso existe. Mas só que, pela pressa... Não sei se só pela pressa, mas o cara pode colocar como a pressa... Dá o nome de pressa à dificuldade de tocar em alguém. Quer dizer, estou com pressa, não vou tocar na pessoa. Encostar, invadir a pessoa? Tem um espaço de distância... (Entrevista 63)</p>

VI.n.	<p>Para mim, a medicina tradicional chinesa é uma abordagem ao cuidado ao paciente que evoluiu ao longo de milhares de anos, e que procura ver a entidade humana como um todo. E... Como exerço também a homeopatia, que procura ter essa visão mais integral do ser humano, e que é um conhecimento da medicina ocidental, acho que as duas procuram ver a entidade humana como um todo, talvez olhando com uma determinada óptica, mas são ópticas intercambiáveis. Ou mesmo a prática da medicina ocidental, formatada, da formação médica, ela também vê o organismo como um todo. O indivíduo não é uma patologia. Essa visão mais integral do ser humano, cada vez mais, acredito, está sendo exercida pela prática médica. Eu acho que as duas se complementam bem, nessa visão integral do ser humano. (Entrevista 6)</p>
VII.n.	<p>[...] veja bem, eu sou de origem chinesa. Então, eu escuto falar da medicina chinesa desde pequeno, seja as pessoas falando dela, seja por meio da literatura, porque a medicina chinesa está enraizada tanto... Não só na prática, quanto na cultura. Tem muitas coisas que você fala, usa, do dia a dia, da alimentação que você come, de algumas práticas, tudo está envolvendo a medicina chinesa. Eu me lembro muito bem. Tem uma aula que fala...</p> <p>Por exemplo, para você ter uma ideia, uma pessoa corajosa. O que é uma pessoa corajosa? Em chinês, diz que a pessoa tem vesícula grande. Vesícula grande. A vesícula, em medicina chinesa, está relacionada à coragem. Então, a coragem é grande. Então, até o próprio linguajar do dia a dia são incorporados certa linguagem da medicina chinesa. Você sabia disso, não sabia? Então, em tradução literal é vesícula grande. Enquanto a pessoa medrosa, ela tem uma vesícula pequena! Não é interessante? Então, estou falando da língua... Não estou falando da medicina chinesa, estou falando apenas da linguagem corriqueira, que você usa no dia a dia. Está envolvendo a medicina chinesa. Você tem coisas que são ligadas na cultura em si. Não é somente no consultório médico... Você vai no médico, faz acupuntura, medicina chinesa, não tem nada. Essa coisa é incorporada na cultura. (Entrevista 46)</p> <p>Medicina tradicional chinesa é um conceito, na verdade. Não é uma maneira de praticar medicina, é um modo de vida para a população de origem chinesa. Porque, no dia a dia, muitas vezes as expressões que constam da medicina tradicional chinesa acabam transcorrendo no modo de vida. Por exemplo, quando a pessoa está muito estressada, e responde mal a todas as questões, as perguntas, o povo de origem chinesa costuma dizer que essa pessoa está com o fogo muito alto. É uma expressão da medicina tradicional chinesa. (Entrevista 58)</p>
VIII.n.	<p>Bom, medicina tradicional chinesa, para mim, é toda a medicina chinesa. A acupuntura está dentro dessa medicina tradicional chinesa. Aí, entraria a fitoterapia chinesa, entraria o <i>qi gong</i>, entraria... Esqueci o termo da massagem, tem o nome da massagem, quer dizer, entraria tudo. (Tuiná?) É, tuiná. Entraria tudo, englobaria tudo. É aquela velha história. Eu, pelo menos, utilizo, olha, acupuntura, que é uma parte da medicina tradicional chinesa. O restante é toda a estrutura ocidental. É medicamento, fisioterapia, a parte de atividade física. Quando precisa de um psicólogo, um psicólogo; quando precisa de fonoaudiólogo, fonoaudiólogo. Quer dizer, toda a estrutura que você precisa para tratar o paciente. (Entrevista 7)</p> <p>A medicina tradicional chinesa, ela é uma forma de tratamento, em que o</p>

	<p>paciente é visto de uma maneira holística, abrangente, considerando tudo o que existe em torno dele, na vida dele: aspectos emocionais, aspectos econômicos, sócio-econômicos, culturais; alimentação, prática de atividade física; sono, qualidade do sono, vida sexual... Tudo isso tem importância, e é onde tudo isso... Todas essas coisas são capazes de alterar a saúde do indivíduo. Vai causar padrões de desarmonia que a medicina ocidental desconhece, não valoriza, não enxerga.</p> <p>A medicina ocidental é muito pontual. “Você tem uma dor, vou te dar um remédio para dor”. O remédio para dor, por sua vez, também é um remédio pontual. Ele vai lá, é uma molécula que vai exercer um efeito determinado no organismo.</p> <p>Quando você vê a fitoterapia chinesa, por exemplo, não é um... Você não toma um remédio, por exemplo, para uma determinada coisa. Você vai tomar fórmulas, que são compostas por várias plantas, e que servem para tratar um determinado padrão energético do organismo, um padrão de desarmonia do organismo.</p> <p>A acupuntura é a mesma coisa. É nisso que eu acredito. E acredito, por quê? Porque, na prática clínica... Quando você faz medicina ocidental, você vê que tem coisas que, de repente, você está tratando, tratando, e você não sai daquilo. Não adianta, por exemplo, você ficar tratando uma enxaqueca, uma enxaqueca só com remédio, remédio, remédio, que a pessoa continua tendo enxaqueca, com ou sem o remédio; apesar do remédio. Então, você vê que tem alguma coisa a mais, que está fora, que você não está conseguindo enxergar, que você não está conseguindo atuar. E assim, por exemplo, numa gastrite, numa síndrome de intestino irritável, por exemplo, quando a pessoa sente um monte de coisa na barriga: é dor, é isso, é aquilo e tal. Você não consegue tratar com os remédios da medicina ocidental.</p> <p>A medicina chinesa me dá essa resposta, me dá esse alcance. (Entrevista 8)</p> <p>[...] quando a gente consegue enxergar bem isso aí, a gente faz um bom uso. É que a medicina chinesa, na realidade, é muito simples. Nós podemos ter várias doenças ocidentais enquadradas em um diagnóstico chinês. E é por isso que, quem faz só a medicina chinesa, às vezes só fica muito atento nisso, e tem que ver a gravidade da doença do ponto de vista ocidental, porque nenhuma terapia resolve sozinha tudo. Então, se a gente realmente conseguir utilizar todas essas coisas... (Entrevista 9)</p>
--	--

4.2.5.2 Benefício terapêutico, dinâmica e cristalização

O primeiro aspecto a considerar sobre esse subtema é o interesse dos entrevistados pela adaptação do núcleo conceitual da MCC ao da MOM, e sua integração [I.o.], tal como vem acontecendo desde o século 18 no ocidente. Da mesma forma, buscavam a combinação das duas matrizes na clínica, para benefício dos pacientes [II.o.]. O que não pareceu claro a esses profissionais é que os dois núcleos conceituais têm a mesma base [III.o.], ou seja, observação, construção de hipótese diagnóstica, escolha da terapêutica, acompanhamento do caso, revisão

diagnóstica, visando ao melhor prognóstico. Também não existe irreducibilidade entre eles, senão um *continuum* que remonta ao século 19, como visto na INTRODUÇÃO, com heranças ocidentais da matriz chinesa. A separação entre uma medicina chinesa atemporal, cristalizada há 2.500 anos é equivocada, assim como equivocado é pensar em uma MOM em *moto perpetuo* de transformação evolutiva inexorável para melhor. Dinâmica e cristalização são categorias analíticas que podem caracterizar tanto a MOM como a MCC. No caso da MOM, os exames de rastreamento, por exemplo, vêm sendo criticados em sua aparente garantia de promover melhor assistência à saúde da população.

No caso da MCC, parece que não incorporar os avanços mais recentes das investigações médicas, como os exames complementares, entre outros, é considerado uma maneira de preservar um conhecimento genuíno e melhor assistência ao paciente. Qual é o limite disso? Deve-se perseverar na MCC mesmo que o paciente não apresente bons resultados com ela?

Foram identificadas as enfermidades consideradas por esses médicos passíveis de tratamento por acupuntura, e os casos em que ela seria complementar. Isso não tem relação direta com os resultados de protocolos científicos (Quadro 6), senão ao conhecimento acumulado, à observação e à leitura criteriosa de estudos científicos. É possível refletir sobre esse consenso e promover uma regulamentação para a área que contemple evidência científica com conhecimento acumulado e observação profissional? Parece viável.

Finalmente, existe uma ideia de que a MOM agiria a partir de padrões fixos de terapêuticas, geralmente relacionado ao uso de fármacos e/ou cirurgias. Nesse caso, atuaria sobre a doença. No caminho contrário, a acupuntura agiria sobre o doente, de maneira individualizada e em conformidade com suas necessidades. Essa é uma confusão interessante, pois desconsidera que qualquer profissional, seja formado pela MOM ou pela MCC, deva estar atento aos resultados dos tratamentos de saúde de seus pacientes, e que mude o caminho quando verificar a necessidade. Também é importante aceitar que nem um núcleo conceitual nem o outro é capaz de dar conta de todas as condições de saúde. Parece que a combinação deles tem se mostrado um caminho com bons resultados na assistência à saúde, embora pareça conveniente desfazer a confusão que existe na área.

Quadro 6. Quadros clínicos para os quais a acupuntura pode ser terapêutica principal ou coadjuvante, segundo os médicos entrevistados

O que a acupuntura pode tratar como terapêutica principal	No que a acupuntura é complementar
alterações funcionais ansiedade área de ortopedia asma cefaleia (enxaqueca) cistite cólica menstrual cólicas depressão leve distúrbio cardiorrespiratório dores articulares dor miofascial dores musculoesqueléticas (coluna, tendinite) entorses eventos agudos ginecologia (TPM) insônia leucorreia inespecífica lombalgia pacientes intolerantes a medicação pacientes com poucas lesões patologias musculoesqueléticas redução de inflamação síndrome complexa da dor regional nos membros superiores situações agudas stress traumas de atletas vertigem zumbido	alterações orgânicas estruturadas arritmia cardíaca asma com infecção bronquite doença neuropática (hérnia de disco) dor por câncer dor de natureza neuropática dor por diabetes estenose do canal fertilização <i>in vitro</i> fibromialgia hérnia de disco herpes zoster obesidade pacientes com lesões físicas pressão alta quimioterapia (náusea) sequela de AVC tabagismo

I.o.	<p>Nesse caso, também, à parte, é forçar muito dizer que a neurociência explicou cientificamente o que é a medicina tradicional chinesa já tinha verificado?</p> <p>Sim, não, em muitos aspectos. Não, não é exagero. A única questão é que não há uma correlação direta, porque, o que nós sabemos é que, historicamente, em torno de 5.000 anos de evolução da medicina tradicional chinesa, vários núcleos desenvolveram diferentes teorias. E, essas teorias, nem sempre são adaptadas ao atual conhecimento. Mas é possível fazer, em vários aspectos, algumas correlações entre a fisiologia, por exemplo, da analgesia, ou no funcionamento da acupuntura, com os conceitos da medicina tradicional chinesa.</p> <p>Do pouco que já estudei, que entendo, a primeira sistematização da medicina tradicional chinesa aconteceu no período dos Estados Combatentes. Isso, antes da era cristã. (Sim.) E, a primeira estabilização rigorosa foi na Dinastia Han, e, depois, houve outra na Dinastia Tang, e, depois, enfim, foi se fazendo... (Sim.) Então, isso que você diz, que existiam vários grupos, existiam. Mas, algum acabou... se tornando hegemônico (Sim.) nessa situação toda.</p> <p>E existem... Por isso que nós, quando se estuda a medicina tradicional chinesa, estudam-se diferentes teorias, diferentes princípios. E, nem sempre... (Por exemplo..?) são intercambiáveis, tipo, o dos cinco elementos, o conceito do Yin-Yang, as emoções, os conceitos de meridianos. Na medida da nossa compreensão, tentamos fazer uma integração dos conceitos da medicina chinesa. Agora, as correlações, ou por que o atual estado do conhecimento científico não chegou ainda ao entendimento desses mecanismos ou, às vezes, pode não haver correlação. Então, precisamos ter uma atitude bastante crítica em assumir determinados conceitos ou integrá-los à medicina ocidental.</p>
-------------	---

	<p>Por exemplo, identificamos que os pontos de acupuntura são pontos de maior concentração de terminações nervosas, são pontos onde existe maior vascularização, são áreas sensíveis, ou são aqueles chamados pontos gatilhos miofasciais.</p> <p>Os meridianos... Em muitos trajetos de meridianos, nós identificamos trajetos de ramos nervosos. Mas existem algumas ligações de meridianos que não conseguimos fazer esse cruzamento. Uma coisa curiosa é que, alguns... Existe um trabalho de ressonância magnética funcional que mostra que: um ponto localizado no pé, na medicina tradicional chinesa era indicado para problemas visuais, que, a princípio, não fazia uma conexão imediata, em termos de neurociência, mas, se colocarmos o paciente em uma ressonância magnética funcional, fazendo o estímulo no pé, há uma ativação na área occipital, que é a área da visão, no córtex cerebral. Agora, como um estímulo lá na extremidade pode gerar uma ativação em uma área cerebral, sem uma ligação, aparentemente, direta de ramos nervosos, é alguma coisa, assim... (Interessante.) a se pensar. Ou nosso conhecimento científico não chegou, ainda, a ponto de descobrir o porquê, ou é um mistério para se descobrir. Mas nós percebemos uma grande evolução nos estudos experimentais, em acupuntura, principalmente nessa última década. Acredito que, mais e mais, nós vamos ter elementos para fazer essa integração”. (Entrevista 6)</p> <p>[...] como a gente está ligado ao grupo da neuro e o [nome próprio], na verdade, a acupuntura que a gente faz não é bem aquela acupuntura clássica. O que a gente usa são conhecimentos de acupuntura, técnicas de acupuntura, e, muitas vezes, o diagnóstico feito segundo o conhecimento que a gente tem, da medicina ocidental. Muitas vezes o procedimento, a abordagem do paciente, nem sempre é... Pelo menos, eu faço assim. Nem sempre eu abordo o paciente do ponto de vista do pensamento chinês. Às vezes, a gente vai pelo que conhece da neurofisiologia, da neurofuncional, da neuroanatomia, da própria medicina ocidental. E a gente usa técnicas e procedimentos que a gente sabe que, naquela situação, funcionam.</p> <p>Como você enxerga isso?</p> <p>Eu enxergo assim. Como a acupuntura é fruto de observação de milênios, de inúmeras pessoas. Cada um observando e criando sua teoria para explicar aquilo que está acontecendo. Eu acredito que, se a pessoa tiver uma mente mais aberta, e utilizar a técnica da acupuntura, dos resultados que a gente tem, mesmo no raciocínio chinês... Muita coisa, a gente não explica pelo que a gente conhece hoje. A ciência não explica. Mas são coisas que acontecem. Então, acho que é uma brecha para a pessoa, a partir daí, fazer pesquisa.” (Entrevista 43)</p>
II.o.	<p>Medicina...? Ocidental? E o que pratica. Então, uma das coisas que me levaram a fazer medicina chinesa foi quando, na minha especialidade, por exemplo, eu só tinha como opção anti-inflamatórios, hormônios e cremes vaginais. Eu achei: “Não é possível que a medicina seja só desse jeito!” Aí, de repente, a gente usava todos os cremes vaginais, e não tinha mais nenhum arsenal, porque nenhum deles funcionava. Daí, você vê que uma das coisas difíceis, essa leucorreia inespecífica, que ajuda muito com acupuntura, e cistite intersticial, que é muito difícil. Aquelas cistites de repetição. Com acupuntura, funciona muito bem.</p> <p>Na medicina ocidental, você vê muitas pessoas com ansiedade, com depressão, e você só ter como arsenal os antidepressivos, ansiolíticos. É muito interessante, quando você começa a ter essa convivência, nas palestras de congressos, a grande maioria das pessoas que receitavam muito, quando começa a fazer acupuntura, cada vez diminui mais, e, no fim, quase não receita mais, não só</p>

	<p>esses medicamentos como quase todos os medicamentos.</p> <p>[...]Se você fizer tudo isso, e se souber, realmente, incutir que a responsabilidade da saúde está com a pessoa, e que ela deve fazer isso; e que não é o exame que vai prevenir a doença, então nós estamos fazendo o nosso papel. Não quer dizer que, quando você tem alguma suspeita, de você fazer! Mas é que, assim, já é a primeira escolha, os exames. E o pessoal quer! (Entrevista 9)</p>
III.o.	<p>Agora, uma questão filosófica. O que é a medicina tradicional chinesa para você? Qual a diferença dela para a medicina ocidental, e o que se pratica atualmente?</p> <p>Para mim, medicina tradicional chinesa é uma medicina baseada em princípios de observação da natureza, e princípios de filosofia. E baseada nos conhecimentos médicos que eles tiveram pelas observações, pelos conhecimentos anatômicos que tinham na época, e algumas descobertas que eles fizeram; pelas práticas clínicas que eles observaram e foram aprimorando. O que mais você perguntou, mesmo? (A diferença da medicina ocidental.) É como falei. Tem umas coisas da medicina ocidental que são muito mais objetivas. São princípios descartianos que a gente usa. Um é o método para chegar a um mais um, necessariamente os dois. Enquanto a medicina chinesa, ela é relativista. Ela é relativa; tem vários caminhos que pode ir, dependendo do ramo que os problemas percorrem.</p> <p>E o que se pratica, hoje em dia?</p> <p>Hoje, eu, particularmente, uso associação das duas. Na verdade, uso para ter certeza do que o paciente tem, pela medicina ocidental; pela oriental, para poder fazer um meio de tratamento, oferecendo meios melhores, objetivando um resultado melhor para o paciente. E, muitas vezes, associar as duas coisas.</p> <p>Você considera, se eu entendi bem, que você começa pelo diagnóstico ocidental e, depois, segue para...?</p> <p>Boa parte dos pacientes, quando chega no consultório, já tem alguma coisa pronta. Eu apenas acrescento pelos princípios da medicina chinesa para saber o que a pessoa tem e o que eu posso acrescentar para melhorar o problema do paciente.</p> <p>Pronto, significa...? Ela já vem...?</p> <p>Muitas vezes, vem com o diagnóstico pronto, já. Claro, tem pacientes que nas primeiras vezes chega com sintomas. Não tem um diagnóstico feito. Aí, você usa os princípios da medicina chinesa para chegar a uma síndrome, para usar isso para tratar a doença do paciente. (Entrevista 46)</p>

4.2.5.3 Interpretações sobre a formação médica e a relação terapêutica

Os relatos dos médicos entrevistados, a maioria absoluta envolvida em pesquisa científica na área de acupuntura, manifestaram sensibilidade para o humano e a busca de uma assistência que leve em consideração não apenas os aspectos anatômicos e fisiológicos relativos à sua especialidade ou à doença, mas a relação

terapêutica. Isso pode ocorrer porque professavam padrões de religiosidade/espiritualidade, ou o estudo de acupuntura fez desenvolver neles essa sensibilidade; quem sabe o fato de manterem contato mais permanente com os pacientes, devido à terapêutica exigir, no mínimo, encontros semanais. O certo é que reconheceram que a acupuntura oferece um treinamento diferenciado para a clínica [I.p.].

Outra interpretação possível para essa situação é a de que esses médicos teriam se aproximado da acupuntura porque já tivessem uma predisposição ou o desenvolvimento dessa sensibilidade e leitura crítica da prática de assistência à saúde considerada mecanicista, até mesmo com acupuntura, disso decorrendo a identificação [II.p.].

Também é possível observar um compromisso com as exigências relacionadas à profissão. Segundo esses médicos, não era possível ser apenas acupunturista, era necessário saber aproveitar o que as diferentes matrizes de assistência à saúde podem oferecer em benefício do paciente [III.p.].

O mesmo pôde ser verificado pela visão crítica em relação à própria profissão médica. Se existe uma crise da MOM, ela é relacional, subordinada à prática terapêutica, não ao seu núcleo conceitual. A excessiva especialização foi considerada como fator negativo, quando o médico não desenvolvia as habilidades da clínica [IV.p.].

I.p.	<p>[...]A medicina chinesa, o que ajudou, é da gente aprender a ser mais humana, para a gente tratar do ser humano que vem nos procurar. E que a pessoa não é só um útero, uma mama, um joelho, um cotovelo; e que muitos médicos acupunturistas só tratam isso também, não é? (Entrevista 9)</p> <p>[...] Como isso é elaborado aqui? São pacientes que acabam pegando certo afeto por vocês, e...?</p> <p>Sim, os acupunturistas são aqueles médicos que ouvem a queixa do paciente, examinam o paciente, o que, atualmente, é uma raridade. A gente tem um vínculo afetivo muito alto no relacionamento médico-paciente. O paciente gosta de conversar. Pelo menos, tem alguém que ouve a queixa dele. Essa parte do vínculo, como é muito bom, a gente que é acupunturista acaba conseguindo envolver o paciente, orientar o paciente mais facilmente. Vou dar um exemplo.</p> <p>Existe, no grupo de dor, muitas clínicas, todos especialistas. Grupo de acupuntura é o único que recebe bombom, bolo, em todas as sessões, e, nenhuma outra especialidade recebe, nunca. A acupuntura recebe toda semana. Os pacientes têm um carinho pelos médicos acupunturistas porque é aquele que dá atenção, aquele que examina, aquele que agulha, reexamina, pergunta se melhorou, se não</p>
-------------	--

	<p>melhorou. É um vínculo muito forte, e melhora o paciente. O paciente se sente bem, ele vai retribuir, tenta agradar o médico. Esse vínculo afetivo é muito forte. Por isso que muitos choram, quando você quer dar alta. Você tem dificuldade de dar alta em um serviço público como esse. É muito difícil desgrudar os pacientes daqui. A gente acaba usando determinações superiores para desligamento do paciente. (Entrevista 59)</p> <p>Uma das coisas que, no começo, me atraíram na acupuntura foi rever como estabelecimento vínculo. Acupuntura me ajudou muito nisso. Uma metodologia estritamente ligada a vínculo. Você tem que por a mão na pessoa. Só isso já diferencia o médico, da média, milhas! Do que você vê na prática. Se você for pegar pacientes, fazer entrevista com pacientes, e perguntar para eles o que eles acham do médico que toca nele, e do médico que não toca nele, nossa! Eles vão odiar médico que não põe a mão. E não põe porque muitos não precisam. Enxaqueca é uma coisa. Olha, dor de um lado só, pulsátil, martelativa [sic], náusea, vômito? Enxaqueca! Remédio para enxaqueca, tem receita pronta. Não precisa. Mas você não pode fazer isso. Você tem que pegar, ver a pupila; senta o paciente, mede a pressão, sabe? Isso cria um vínculo. E o vínculo faz parte da profissão. Faz parte da terapêutica. (Entrevista 63)</p>
II.p.	<p>[...] A minha terapêutica, a minha conduta é: a minha atuação nessas diferentes áreas, qual seria a melhor opção para assistir aquele paciente? Eu diria que o paciente não se adapta a minha terapêutica, mas eu me adapto às necessidades do paciente. (Entrevista 6)</p> <p>[...] Porque, na verdade, eu acredito o seguinte. Não adianta tratar só com acupuntura, se você esquecer o resto do paciente. Você tem que orientar a parte física, que é atividade física; tem que orientar a alimentação; tem que orientar, verificar o sono; a parte postural e, uma coisa que a maioria esquece, que é a parte de lazer, que é sair da rotina. O que acontece com a maioria desse pessoal que... principalmente esse pessoal que está começando na vida profissional, na correria. Fica: trabalho, casa; casa, trabalho. Aí, acrescenta o estudo, porque tem que fazer pós; fazer não sei o quê. E esquece da atividade física, esquece do sair da rotina, que é lazer, e esquece que tem que dormir, no mínimo, seis horas, ou, no máximo, até oito horas. Com isso, vai dar o desequilíbrio, e vai complicar tudo. E a própria alimentação, muita gente vive de lanche, não é? Isso, acaba com a saúde. Então, na verdade, se a gente não se preocupar com o todo do paciente, você não consegue melhorar.</p> <p>[...] Eu acho que o seguinte: em todas as doenças existe um componente emocional. É psicofísico-espiritual. Se você não tratar o conjunto, não consegue tratar o paciente como um todo. O emocional, com certeza. Por exemplo, existe aquela uma que o pessoal fala atualmente: o stress mata. O stress mata, realmente. Se não cuidar, dá alteração cardíaca, tudo; e pode dar infarto, outras coisas. (Entrevista 7)</p> <p>Eu sou de orientar muito os pacientes, principalmente no uso de alimentação, exercícios, repouso. Eu acho que a gente deve estimular muito a autoestima das pessoas. (Entrevista 9)</p> <p>[...] Você tem que ter um pouquinho de visão humanista. Porque é um ser humano, produto resultante de experiência de vivência. Não é uma máquina. É uma máquina, e muito mais do que máquina. Que pensa, que fala, que expressa, e raciocina; é inteligente. Bom, sei lá... Estou falando demais. [riso] Não sei se está</p>

	<p>ajudando ou atrapalhando você.</p> <p>[...] Esse é meu ponto de vista. Você não pode tratar a pessoa como uma máquina. No entanto, tem que ter algum tipo de parâmetro. A gente, infelizmente... O sistema que a gente vive exige. O resto é equacionar. A gente não pode simplesmente...</p> <p>Por exemplo, que eu vejo, enfrento: as pessoas, mecanicamente, atendem você. Empurram as coisas para você fazer, tentam impor. Porque o sistema manda você fazer isso. Eu acho isso relativo. Você tem que ter um nível de consciência mais apurado, talvez, para que você possa discernir. Não é que você está lá para enrolar mais um dia de trabalho. Você tem que fazer porque você gosta daquilo que faz. Faz com carinho. E tem que ter condições adequadas. Tendo condições adequadas, não é atender mecanicamente o paciente. Tem que tentar entender o paciente que está atendendo, tentar oferecer o melhor que você pode. Claro, ninguém é perfeito. Mas você tem sempre que estar buscando, pelo menos, uma coisa mais digna para ambas as partes. (Entrevista 46)</p>
III.p.	<p>Uso essa medicina chinesa associada com a medicina ocidental, sempre que necessito. Em primeiro lugar, sou médico. Não posso fugir disso. Tenho que pensar, inicialmente, como médico. Tenho que fazer o diagnóstico, de acordo com a medicina ocidental e... Se é um problema passível de ser tratado pela acupuntura, muito que bem. Senão, ou eu vou tratar pela medicina... Ou eu não trato com a acupuntura, trato pela medicina ocidental; ou não trato, encaminho para um especialista, ou trato associadamente. E sempre, também, procurando usar outros conhecimentos. Por exemplo, conhecimentos de... fisioterapia, orientando o paciente em outros aspectos, por exemplo, questões de alimentação, questões de postura, atividade física, de hábitos de vida, ou seja, procurando dar um enfoque mais abrangente ao problema do paciente. Como a medicina chinesa ensina, a gente sempre procura ver... Eu procuro ver o paciente de uma maneira... com um enfoque mais holístico. (Entrevista 8)</p>
IV.p.	<p>Eu sou muito cética em termos do Ato Médico exercido atualmente. Eu acho que é muito mercantilista. Sabe? A gente pode dar a desculpa que quiser, porque paga-se pouco, os convênios pagam pouco, aquela coisa toda, mas eu sempre dizia para os funcionários que trabalhavam comigo na rede pública, que ninguém é obrigado a estar ali. Mas, se está ali, e quando eu estiver por lá, eles deveriam trabalhar de acordo. Eu ia lá, trabalhar, eles deveriam trabalhar de acordo, e não maltratar ninguém.</p> <p>Eu acho que, infelizmente... Eu aceito as críticas que muitos pacientes fazem dos médicos e, infelizmente, a gente ouve cada vez mais os leigos falando mal dos médicos. Eu acho que isso é um mau sinal da classe, porque deveria ser aquela pessoa que as pessoas estariam se sentindo muito gratas por minimizarem o sofrimento deles e, pelo jeito, eles não estão encontrando isso. É por isso que eles criticam, não é? Certo?</p> <p>[...] Eu acho que a acupuntura é sempre muito gratificante. Sempre! E é muito interessante, porque acho que a pessoa se transforma. O cuidador se transforma. O cuidador.</p> <p>Lá no HC, quando nós íamos renovar o crachá, eles perguntavam qual era a nossa especialidade. E sistematicamente falavam: “- Sabia que era acupunturista! Por isso esse alto astral!” Entendeu? Eu acho que isso é uma coisa muito boa porque, infelizmente, a medicina, atualmente, é exercida por uma classe social que não sabe o que é sacrifício. Não sabe o que é passar por necessidades. Acho que eles não entendem o sofrimento dos pacientes. E eles não estão muito a fim de dar</p>

	<p>ouvidos aos pacientes. E a gente dá. Eu acho que é essa diferença que a gente faz para os pacientes. Então, quando eles precisam, acabam retornando, ou encaminham outras pessoas. E, se a grande maioria das pessoas conseguir, realmente...</p> <p>Eu acho que tem muitos médicos de boa índole, sim. E, quando essas pessoas, realmente, conseguem tratar o ser humano que está nos procurando, aí a gente está fazendo o nosso papel. Não só acupunturista, como médico em geral. Eu acho que é isso que está precisando.</p> <p>Essa especialização, como diz, é aquele especialista de não saber nada. Eu vi num livro, achei muito interessante, isso. É por aí. Essa especialização que afastou a gente do convívio das pessoas. Então... Ufa! (Entrevista 9)</p>
--	--

4.2.5.4 Síntese dos resultados e discussão

Concluindo, os achados deste estudo indicam que:

- 1 a acupuntura tem contribuído para o melhoramento das estratégias de assistência à saúde no ocidente, mas é necessária sua regulamentação;
- 2 parte considerável das enfermidades é simples e não precisa de alta tecnologia para construção do diagnóstico e terapêutica (Quadro 6);
- 3 a MOM, baseada no uso de alta tecnologia (equipamentos e fármacos) tem alto custo e nem sempre oferece resultados satisfatórios para o médico e/ou paciente. Há necessidade de conhecimento sobre as MCAs, seja para complementar ou substituir as terapêuticas da MOM;
- 4 ainda existe preconceito entre médicos em relação às MCAs, mas bem menos intensa do que há cerca de quarenta anos, quando era veementemente combatida;
- 5 os médicos que buscam aprender acupuntura como terapêutica demonstram inquietação e sensibilidade prévias diante das necessidades dos pacientes e são basicamente esses que concluem sua formação na área e a praticam;
- 6 a busca dos pacientes por tratamentos não-convencionais ocorre com frequência e está relacionada: (a) ao alto custo financeiro da MOM; (b) ao efeito imediato da terapêutica da acupuntura; (c) a sucessivos insucessos no tratamento convencional; (d) à melhor relação de acolhimento do paciente pelo profissional que o assiste.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi seguir as trilhas da circulação das estações no estabelecimento da acupuntura baseada em evidências no HC-FMUSP. Esse caminho levou ao acompanhamento do seu laboratório (mobilização do mundo) – ensino, prática ambulatorial e pesquisa científica em acupuntura –, sua instalação em ambientes cedidos por outras áreas de conhecimento da medicina (autonomização), a negociação de acordos externos para a implantação da acupuntura, enquanto se realizava o dissenso em relação à(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil (alianças) – combinando interesses diferentes até então (grupos de médicos que desejam manter a marginalidade da acupuntura, exigências da MOM, alto custo da terapêutica, em um único objetivo composto⁵² – e difundir o acesso à terapêutica por meio do barateamento das agulhas, assistência ambulatorial em escala, divulgação da terapêutica na mídia e por meio de redes sociais, entre outros fatores (RP)).

Tomou-se a ideia de laboratório de maneira ampliada. Como apresentado em MOBILIZAÇÃO DO MUNDO, não é possível tratar da acupuntura no HC-FMUSP simplesmente como um ambiente de investigação científica, senão devem ser considerados o ensino e a assistência de maneira associada. Os acupunturistas que participavam dos protocolos o faziam voluntariamente porque se identificavam com seu líder e/ou por utilizarem essa oportunidade para fazer aprendizado continuado. Essa é uma questão técnica, mas também política. Eles participavam da organização dos congressos na área, e colaboram em publicações sobre acupuntura.

Como apresentado na METODOLOGIA, a mobilização do mundo da acupuntura no HC-FMUSP mobiliza um número de atores humanos e não-humanos considerável. No IOTHC-FMUSP são utilizados por semana catorze salas de atendimento ambulatorial (mais algumas improvisadas nos dias mais concorridos), cerca de 5.000 agulhas de acupuntura (calculadas dez por paciente e perdas, álcool, algodão, cerca de catorze lençóis, catorze recipientes para lixo hospitalar, consumo de energia; são atendidos trezentos paciente, por uma equipe de aproximadamente 70

⁵² Movimento de translação.

médicos e estudantes de medicina. Um esforço nada desprezível. O atendimento é coletivo, sem serviço de hotelaria nem intimidade (considerada diferente de empatia) entre acupunturista e paciente. No entanto, o acompanhamento dos ambulatórios, durante as atividades de campo, evidenciou relação terapêutica de boa qualidade, com vínculo e cuidado com os pacientes. Nenhum paciente fica sem atendimento e, em situações especiais, encaminhamento imediato do paciente para tratamento especializado. Por que tantos atendimentos? Isso pode ser interpretado como uma estratégia que une a mobilização do mundo à representação pública da acupuntura. Tal qual acontece com os estudantes de medicina e os médicos que fazem o curso de especialização, mesmo que o paciente não apresente restabelecimento completo da saúde (o que pode ser considerado muito difícil, devido a seu perfil), ele vê resultados positivos, é bem recebido. Considerando que o meio privilegiado de disseminação da acupuntura foi historicamente as redes sociais, é possível considerar o efeito multiplicador da assistência a essas centenas de pessoas a cada semana. O efeito dessa estratégia poderá ser sentido particularmente nas áreas mais carentes da cidade de São Paulo, onde habita a maioria absoluta dos pacientes de acupuntura do IOTHC-FMUSP. Da mesma forma, acupunturistas de toda a cidade podem ser beneficiados pela rede que se constrói, médicos ou não.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado ao CEIMEC, acrescido de alguma hotelaria que a clínica particular oferece: os pacientes podem se servir de chá, café, biscoitos, enquanto aguardam, e as sessões são individuais.

No ICHC-FMUSP, são utilizadas pelo menos duas salas de atendimento (algumas vezes, três ou quatro), 250 a 300 agulhas, quatro aparelhos de eletroestimulação, dois coletores de lixo hospitalar, lençóis descartáveis, algodão, álcool, uma média de 23 pacientes e aproximadamente 12 médicos por semana, dadas as características específicas do ambiente e das atividades. Estão em andamento ali protocolos de investigação científica em acupuntura para dor crônica relacionada a principalmente problemas neurológicos, musculoesqueléticos.

Os resultados dessas atividades assistenciais e de investigação científica contribuem para a legitimação interna da acupuntura (comunidade acadêmica) e, gradativamente poderão consolidar o processo de autonomização da terapêutica na FMUSP. Também contribuirá para o fortalecimento das alianças.

Já foi instituído um Centro de Estudos em Acupuntura; cogita-se a criação de algo mais sólido em médio e longo prazos, mas ainda não se admite a criação de um departamento ou instituto, com o argumento de que ainda não existe massa crítica (quadros profissionais) para isso. Talvez a criação de um instituto de MCAs fosse um objetivo mais adequado. No entanto, ele não foi sequer cogitado pelos médicos que participaram deste estudo.

A autonomização da acupuntura também passa pela consolidação das associações representativas de médicos acupunturistas. Desde a cisão entre médicos e outros profissionais acupunturistas, em 1984, as trajetórias das associações representativas de médicos foram caracterizadas pela divergência e desentendimento quanto ao núcleo conceitual utilizado, as maneiras de ensinar e as técnicas de agulhamento. Essa divergência é refletida nos congressos, só unificados recentemente, quando da criação do CMBA. Embora as divergências se mantenham, os congressos apresentam aspecto inovador para a MOM hegemônica, qual seja, seu caráter multiespecialista. Se é verdade que, durante as práticas ambulatoriais e científicas os médicos já discutam aspectos de suas outras especialidades, os congressos são eventos em que é possível retornar à clínica, sem prejuízo para as formações específicas.

Foi observado, durante o campo e pelas entrevistas realizadas, que existe divergência entre médicos acupunturistas quanto ao núcleo conceitual que orienta sua formação e prática. Essa divergência se apresenta em diferentes aspectos. O grupo de médicos exclusivistas é dividido em subgrupos que consideram verdadeira(s) a(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil. Esses subgrupos se caracterizam pelo desconhecimento da língua chinesa e pelo ensino oral ou por meio de/suporte de obras traduzidas para idiomas ocidentais. Já foi considerado no corpo deste trabalho que essa é uma armadilha que tais subgrupos deverão enfrentar. Não é possível defender a(s) acupuntura(s) tradicional(is) praticada(s) no Brasil e o ato médico na acupuntura ao mesmo tempo. Como observado anteriormente, o núcleo conceitual da MCC permite que a terapêutica seja aplicada naquela zona de certeza ou quase certeza sobre os quadros de saúde (80% a 90% deles). Além disso, o agulhamento superficial pode ser interpretado como exceção à prerrogativa dos médicos e o repertório de doenças da MCC não faz parte

da CID-10. Quer dizer, é difícil sustentar a exclusividade da acupuntura para médicos como ato médico nesses termos (Projeto de Lei nº 7.703/06).

Passa-se, então à estação das alianças (AI), acordos externos ao HC-FMUSP e às associações representativas de médicos acupunturistas dos quais participam os líderes da acupuntura baseada em evidências. Essas alianças ocorrem em diferentes níveis: municipal, estadual e federal, e no exterior. Este estudo tratou das alianças no nível estadual e federal. No primeiro deles, tratou do apoio histórico incondicional do Conselho Estadual de Educação aos médicos acupunturistas e profissionais da área de saúde que a aprendem como pós-graduação *lato sensu*. Todos os pareceres e a indicação do Conselho Estadual de Educação vão contra o estabelecimento do ensino técnico de acupuntura no estado de São Paulo. Em contrapartida, o apoio do Conselho Regional de Medicina, regional de São Paulo aos *médicos* acupunturistas vai sendo construído gradativamente. Para isso contribuiu, em grande medida, a integração de um médico acupunturista em seu corpo de conselheiros.

No nível federal, foram consideradas as contribuições do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB). O primeiro, reconheceu a acupuntura como especialidade médica no ano de 1995, apresentando posicionamento ambíguo em relação à acupuntura até então. CFM e AMB contribuíram para o estabelecimento da acupuntura científica no HC-FMUSP e seu estabelecimento ao exigir a unificação das associações de médicos acupunturistas que rivalizavam entre si: AMBA e SMBA. A unificação das duas associações obrigou seus integrantes a construir um consenso mínimo e negociar interesses conflitantes, após a criação do CMBA. No entanto, como a regional paulista congrega maior número de profissionais e, conseqüentemente, tem maior peso político (sediando os congressos da área a cada dois anos), isso contribuiu para o avanço da acupuntura baseada em evidências em busca da hegemonia.

Outra aliança no âmbito federal está localizada no Congresso Federal, onde tramita o Projeto de Lei nº 7.703-C/06 (o chamado Ato Médico). A defesa da acupuntura como prerrogativa de médicos contou com apoio das lideranças do HC-FMUSP, embora o texto do Projeto de Lei não beneficie os médicos acupunturistas, considerando a análise realizada anteriormente.

Pode-se considerar uma aliança, ainda, a normalização da ANVISA, agência do Ministério da Saúde (MS), em relação às condições sanitárias dos ambientes em que se pratica acupuntura, além da exigência de uso de agulhas descartáveis (e condições de descarte) e equipamentos autorizados, como aparelhos de eletroestimulação.

O Ministério da Saúde, por sua vez, oferece contribuição pouco valorizada pelo grupo de médicos exclusivistas. O lançamento da Portaria nº 971/2006, instituindo as práticas integrativas no SUS foi considerada por esse grupo protetora de outras categorias profissionais da área de saúde, em detrimento dos médicos (<http://www.cmba.org.br/acupuntura/secao/Portaria-971/7>). Apesar disso, a acupuntura vai entrando de maneira tímida na atenção primária, com tendência a ascensão. No nível terciário já conta, pelo menos na cidade de São Paulo, com assistência no HC-FMUSP, além de outras instituições de assistência à saúde e de ensino médico, como a Unifesp.

As alianças externas com instituições médicas chinesas constituem mais um movimento para a estabilização da acupuntura no HC-FMUSP. Outras alianças com instituições ocidentais poderão ser estabelecidas no futuro.

Deve-se levar em conta que a estação das alianças pode ser uma condição necessária para romper resistências na FMUSP, no sentido de consolidar a autonomização acadêmica da estratégia. Não basta ter legitimidade interna, há que construí-la também fora.

Finalmente, a representação pública. Mais do que a mídia, a acupuntura foi se consolidando na cidade de São Paulo por meio de redes sociais. Embora exista um discurso que a associe ao movimento contracultural, exclusivista e elitizado, houve um crescimento silencioso do uso da terapêutica entre diferentes estratos socioeconômicos da população, motivo pelo qual a mobilização do mundo da acupuntura no HC-FMUSP pode ser considerada. Há fila de espera no serviço e, caso ele seja ampliado, haverá público para ele.

Quanto ao núcleo conceitual que orienta a acupuntura baseada em evidências, foi verificado que existe, na verdade, uma combinação MCC+MOM nos serviços acompanhados e entre os médicos entrevistados. Também foi discutido que tanto MCC quanto a MOM constituem núcleos conceituais capazes de responder de

maneira adequada a uma gama considerável de situações de saúde. Foi considerado que especificidades da MOM podem ser necessárias no caso de incerteza diagnóstica e para evitar viés de seleção nos protocolos de investigação científica. Nesse caso, menos do que pensar em exclusividade médica, vale considerar a urgência de regulamentação para a área, estabelecendo competências e responsabilidades em benefício dos pacientes. E, ainda, na linha do que vem sendo realizado no HC-FMUSP, promover o acesso da sociedade à acupuntura como estratégia terapêutica, cuidando para que o serviço seja oferecido com critérios de excelência.

O sistema descrito neste estudo propõe a existência de complexidade no processo de estabelecimento da acupuntura no HC-FMUSP, o dissenso que o caracteriza (Moraes, 2007) e a necessidade de aprofundar o conhecimento dos médicos acerca dessa estratégia terapêutica, por meio da formação acadêmica (Akiyama, 2004, 1999).

Cabe, nas considerações finais, pequena reflexão sobre os núcleos conceituais da MOM e da MCC. Ambos apresentam conhecimento estruturado e sistematizado, e ambos contam com um conhecimento informal paralelo, incorporado à cultura. Ambos oferecem benefício terapêutico na prática clínica, embora apenas a MOM vise, além disso, a desenvolver uma base de legitimação científica (medicina baseada em evidências) que comprove a eficácia/efetividade de terapêuticas.

No caso da acupuntura, há registros de experiências científicas no ocidente, desde o século 19, com resultados nem sempre considerados satisfatórios. Essa inconsistência de resultados levou a acupuntura ao obscurecimento formal por parte da MOM até os anos 1970, quando ela passou por uma revitalização no meio científico, acompanhando um processo político mais amplo no ocidente e no oriente.

Desde os anos 1990, a pesquisa científica em acupuntura vem crescendo de maneira exponencial, embora os estudos ainda sofram com a falta de padronização e dificuldades de comparação entre resultados. Para solucionar parte desse problema foi criado o STRICTA, um consenso sobre critérios para produção de literatura técnica sobre a terapêutica. Imagina-se que, por esse meio, também os desenhos de estudos passem a ser mais bem delineados e os protocolos sejam padronizados com maior rigor.

Formados pelos princípios da MOM, os médicos acupunturistas que ensinavam e praticavam a acupuntura no HC-FMUSP durante as atividades de campo trilharam, por meio de suas lideranças, um caminho de alianças internas e externas à universidade – associações, pares, mercados de produtos, Congresso Nacional, CEIMEC, além de internacionais –; também estimularam a difusão de ambulatórios didáticos de acupuntura dentro e fora da universidade, oferecendo suporte técnico e político para isso; promoveram a divulgação da chamada acupuntura científica na mídia interna e externa à universidade; cuidaram para que a mobilização do mundo em acupuntura se desse por meio de três pilares – ensino, assistência à saúde e pesquisa científica –, unificando aspectos de clínica médica e ciência; estruturaram sua autonomização nesses três pilares, e vêm promovendo a acupuntura científica nos congressos da especialidade, com maior impacto sobre a regional de São Paulo (CMA-SP); ao mesmo tempo, participaram da coibição direta ou indireta da constituição de cursos privados ou públicos de acupuntura para não-médicos ou os chamados leigos. Suas lideranças originais e as novas gerações de líderes buscam, agora, consolidar o convencimento sobre a superioridade dos médicos em relação aos demais profissionais acupunturistas. No entanto, esbarram em um conjunto de obstáculos:

1. Poucos médicos se interessam ainda por acupuntura, ainda resta preconceito contra a terapêutica;
2. A acupuntura, como profissão liberal é cara e, no SUS, ainda não foi implantada de maneira consistente ou compensadora para os médicos;
3. Os profissionais não-médicos ou os chamados leigos (técnicos) constituem grupo muito maior, e oferecem serviço de boa qualidade, com um custo bem menor do que o serviço médico privado ou conveniado.

Um segundo conjunto de desafios para essas lideranças é criar um desenho de investigação científica que dê conta das especificidades da acupuntura e sua adaptação aos modelos convencionais da MOM. Pelo menos em médio prazo, dificilmente esse constrangimento afetará o curso de autonomização da acupuntura no HC-FMUSP, considerando que, desde a origem, sua instalação contou mais com

alianças políticas e representação pública do que com a mobilização científica da terapêutica. A acupuntura tem se estabelecido no HC-FMUSP pelos benefícios terapêuticos na assistência aos pacientes, não necessariamente pela pesquisa científica na área, embora esta esteja começando a ganhar corpo na instituição. É possível que esse processo se fortaleça nas próximas décadas, com a terapêutica entrando definitivamente na grade curricular da formação médica, o mesmo podendo vir a acontecer com outras MCAs. No caso da acupuntura, contribui para isso o seu reconhecimento como especialidade médica.

Na origem, o propósito deste estudo foi descrever o processo de estabelecimento da medicina tradicional chinesa na cidade de São Paulo. A literatura sobre o tema indicava a existência de uma medicina chinesa genuína, imutável, cristalizada no tempo e fundamentada em teorias místicas e esotéricas elaboradas há 2.500 anos. Essa medicina se oporia à MOM, e seria irreduzível a ela.

Quando as atividades de campo tiveram início, foi se evidenciando que existem divergências entre escolas de acupuntura – não de medicina chinesa –, embora os cursos de formação trabalhem com teorias ancestrais como yin-yang, cinco movimentos (elementos, poderes, estações), *xué* e *qi*. Essas divergências demonstraram ser expressão e reflexo de disputas políticas entre as escolas, assim como houvera e há também na China. As oposições tendem a ser diluídas e negociadas entre os diferentes grupos, quando diante de uma ameaça considerada maior: o avanço dos não-médicos sobre áreas de atuação mais abrangentes consideradas exclusivas dos médicos como diagnóstico e prescrição de terapêuticas, além da acupuntura. Não é sem fundamento que os principais opositores dos médicos sejam os fisioterapeutas e os enfermeiros, categorias profissionais não-médicas mais bem estruturadas e organizadas na pugna por conquista de melhores posições na assistência à saúde da população.

Sobre os médicos entrevistados, é possível considerar que não formam um bloco monolítico, nem quanto ao uso da acupuntura como terapêutica subordinada à MOM, nem em relação à exclusividade médica do ensino e da prática da terapêutica. Outras características podem ser apontadas a respeito deles:

1. os médicos entrevistados professam alguma forma de religiosidade/ espiritualidade, inclusive aqueles que se dedicam à pesquisa científica;
2. os médicos entrevistados fizeram uma opção pela terapêutica porque estavam insatisfeitos com os resultados que obtinham com as estratégias próprias à MOM (prescrição de fármacos e cirurgias);
3. os médicos entrevistados não dominam o idioma chinês, com exceção de alguns que fazem parte da colônia chinesa. O chinês clássico é conhecido por apenas um deles;
4. a formação em acupuntura devolve ao médico a dimensão da clínica que caracteriza a imagem de bom médico (denominado neste estudo de generalista);
5. nenhum dos médicos entrevistados mencionou afinidade com o movimento de contracultura, sugerindo movimentos independentes de estabelecimento da terapêutica na cidade de São Paulo;
6. o dissenso em torno da autonomização da acupuntura no universo acadêmico parece mais relacionado à oferta de cursos *lato sensu* do que à prática da terapêutica e ao mercado de produtos. Normalizada a formação em nível superior, muitas escolas perderão sua razão de ser;
7. é unânime a opinião de que a acupuntura modula o consumo de fármacos pelos pacientes;
8. os estudos científicos em acupuntura cresceram em parte por pressão dos aliados externos ao meio acadêmico, com destaque para as operadoras de planos de saúde e os governos nacionais ou pela representação pública em relação à terapêutica. A ideia da acupuntura apenas como placebo deve ser descartada, pois essa categoria analítica não apresenta valor explicativo e seu uso é político;
9. a não regulamentação da profissão de acupunturista prejudica a formação de profissionais que respondam às necessidades de assistência em saúde para a população, com excelência;
10. deve-se levar em conta sugestão de Akiyama no sentido da promoção de formação em MCAs para estudantes de medicina, visando à maior proximidade com seus pacientes, entendimento de suas necessidades e

utilização de estratégias terapêuticas que ofereçam resultados positivos, concomitante à investigação científica na área, haja vista sua efetividade clínica.

Quanto às ideias sobre a acupuntura apontadas na INTRODUÇÃO, considera-se importante levar em conta que:

1. a tradição chinesa é oral. Tanto quanto pode ser a ocidental. Todo conhecimento sobre saúde e adoecimento incorporado ao padrão cultural de uma sociedade é transmitido ao longo do tempo, ainda que não sistematizado e estabilizado. Ele encontra nós de identificação com o conhecimento formal e institucionalizado, caminhando ao lado dele. Tanto a MCC como a MOM contam com núcleos conceituais estabilizados, sendo que a MCC conta com literatura sistematizada há pelo menos 25 séculos. Se existe transmissão oral da MCC no Brasil é porque seu idioma original não foi dominado pela maior parte da população não-chinesa que atua na assistência à saúde, particularmente na acupuntura. Nesse caso, a ideia de tradição chinesa cristalizada no tempo e de transmissão oral é uma mistificação e constitui uma armadilha para o conhecimento sobre e o estabelecimento da acupuntura na cidade de São Paulo, e no Brasil;
2. a MOM se apropriou da acupuntura. Ao contrário, como indicou Akiyama (2004), os médicos não acupunturistas da cidade de São Paulo (maioria absoluta dos profissionais da área) foram tomados de assalto por seus pacientes, os quais já conheciam e recebiam o tratamento de médicos ou outros profissionais, o que reforça a ideia de que a assistência à saúde em acupuntura e outras MCAs foi difundida silenciosamente em diferentes segmentos da sociedade⁵³, e não exclusivamente entre as elites intelectuais e econômicas (Medeiros, 1997);

⁵³ Tu et al. (2008) indicam que 27,7% das pessoas acima dos 65 anos usaram MCAs nos EUA, em 2002. Dillard e Knapp (2005) mencionam a ampla difusão das MCAs nos EUA e recomendam o conhecimento dessas terapêuticas nos serviços de saúde de urgência.

3. MOM e MCC são irreduzíveis. Não são (The Acupuncture Relatory Working Group, 2003). Há semelhanças e afinidades entre esses núcleos conceituais, particularmente na área de medicina física e reabilitação (Baldry, 2005), área de conhecimento em saúde que teve um grande desenvolvimento após a II Guerra Mundial (1939-1945);
4. Acupuntura científica trabalha com dor e doenças musculoesqueléticas. Sim, parte considerável dos problemas de saúde está relacionada à dor (Yoshizumi, 2010; Lin et al., 2009; Dillard e Knapp, 2005). Também os ambulatórios didáticos de acupuntura nas principais escolas médicas de São Paulo, a Escola Paulista Medicina, UNIFESP e o HC-FMUSP foram instalados nos respectivos departamento ou instituto de ortopedia. No Instituto Central do HC-FMUSP a assistência em acupuntura é vinculada ao Grupo Multiprofissional de Dor (GMD) coordenado pelo Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira (Teixeira et al., 2009) e a protocolos de pesquisa. Portanto, a maior parte dos pacientes busca esses serviços para tratar dor e doenças musculoesqueléticas. No entanto, a prática é multidisciplinar. Além disso, Martins e Nunes (2009) chamam atenção para o fato de os problemas mais comuns em ambulatório ou consultório de clínica médica ser os chamados sintomas menores, quais sejam: dores nas partes moles, dispepsia, cefaleia crônica, lombalgia crônica, sintomas ansiosos e depressivos. Como observado no Quadro 6, esses sintomas menores são considerados casos propícios para tratamento com acupuntura, baseado no conhecimento acumulado pelos médicos acupunturistas entrevistados para realização do presente trabalho;
5. As escolas tradicionais de acupuntura e as chamadas holísticas oferecem atendimento ambulatorial didático com “atenção e cuidado com o paciente, que é tratado em sua singularidade, bem como a atuação pedagógica de orientar para hábitos saudáveis” (Moraes, 2007, p.213). “[...] esse atendimento é mais humanista do que o serviço público” (Moraes, 2007, p. 215). Tais afirmações incorrem em dois problemas ao menos. Primeiro, quanto à relação médico-paciente, analisada por Saadeh (2009), para quem a

boa conduta médica implica no aprendizado de fatores como vínculo; empatia; conhecimento de fenômenos culturais e de linguagem; entendimento de visões de mundo diferentes das do médico; capacidade de comunicação e de reconhecer fenômenos afetivos do paciente, além de autoconhecimento e ambiente de trabalho adequado. Quer dizer, a humanização da assistência em saúde não tem uma relação direta com o núcleo conceitual que a orienta, mas com a formação do profissional (Martins e Nunes, 2009; Cyrino e Schraiber, 2009) e a composição técnica do trabalho (CTT), se dura, leve-dura ou leve (Ferri et al., 2007; Merhy e Franco, 2003). Segundo, afirmar que o serviço público presta assistência menos humanista em acupuntura implica em desconhecimento da dinâmica de assistência ambulatorial em acupuntura no serviço público. A representação pública nos ambientes de assistência pública é tão positiva (Akiyama, 1999; Silva, 1999) quanto na privada ou na medicina de grupo, quando a terapêutica oferece benefícios à saúde;

6. “[...] a associação entre religiosidade e acupuntura é rejeitada, mas, no entanto, mantém-se de forma dissimulada” (Moraes, 2007, p.220). Como na situação anterior, é importante não confundir a experiência individual de cada profissional em sua prática clínica e algumas exigências do ambiente de pesquisa científica, por exemplo. Espera-se certo distanciamento e imparcialidade na aplicação de um protocolo na área médica e na clínica, mas isso não impede que o médico tenha religiosidade/espiritualidade e pautar sua conduta por ela ou por valores de respeito e cordialidade, seja ele acupunturista ou não, na prática clínica ou nos ambientes de investigação científica. Esses valores fazem parte da formação médica e se estendem ao aconselhamento para hábitos saudáveis (Silva et al., 2009) como parte integrante da assistência à saúde, que podem adquirir aspecto educativo da relação médico-paciente (Cyrino e Schraiber, 2009; Martins e Nunes, 2009).

Deve-se ter em mente que a medicina, assim como se desenvolveu no ocidente, é uma profissão liberal, que sofreu mudanças importantes na cidade de São Paulo durante o século 20. De uma geração pioneira e heróica, seguiu-se um processo

de assalariamento (Schraiber, 1993) e redefinição hierárquica na relação com outras profissões da área de saúde, alimentando certo discurso de que seu núcleo conceitual estivesse em crise. Conforme apresentado na introdução deste estudo, é possível outra leitura dessa realidade, a qual identifica não uma crise da MOM, senão que ela não é para todos. Daí a necessidade de investimento nas terapêuticas de tecnologia leve, e menos dispendiosas, sendo o ganho secundário disso o fato de elas fazerem mais bem à saúde, como no caso da redução na prescrição e uso de fármacos.

Se a medicina é uma profissão liberal, ela também o é para os médicos acupunturistas (como é para os não-médicos). Ainda que careça de regulamentação, a especialidade já foi introduzida na medicina de grupo, com maior ou menor resistência de operadoras de planos de saúde, o que, a rigor, significa também o assalariamento dos médicos acupunturistas. Tal situação começa a alterar o contexto da remuneração por sua prática, que afetará, na sequência, a consolidação da acupuntura no SUS. Essa nova realidade é capaz, em si, de alterar todo o mercado da acupuntura, não apenas no HC-FMUSP, como na cidade de São Paulo e no país.

Além disso, os médicos acupunturistas ainda se veem diante da expansão de um mercado de assistência à saúde em acupuntura, banalizado e sem controle. Eles passam a competir não apenas com concorrentes históricos (técnicos formados por pequenas ou grandes escolas) como com outros profissionais da área de saúde, cujos Conselhos representativos legitimaram a acupuntura como especialidade. Uma disputa em curso, cuja pugna mobiliza todas as categorias profissionais envolvidas. Se parte dos médicos acupunturistas defende a exclusividade de sua prática e ensino, os demais profissionais de saúde defendem a exclusão dos chamados leigos desse nicho de mercado. Enquanto se protela a regulamentação do ensino e prática da terapêutica, profissionais bem ou mal qualificados entram no mercado, promovendo uma competição quem sabe selvagem. Esse é um dos desafios desse processo aos médicos acupunturistas: a regulamentação da profissão é necessária e urgente, mas deverá ser pautada por uma negociação entre as categorias profissionais que praticam acupuntura, o que, necessariamente, implicará em alguma partilha de poder político, profissional e econômico entre todos os envolvidos. No entanto, sem regulamentação, as perdas parecem ainda maiores.

A formação dos profissionais de acupuntura é mais um aspecto a considerar. Se existe cisão interna entre escolas para médicos, com diferentes diretrizes didáticas e pedagógicas, o que se será das demais formações?

Quanto aos equipamentos utilizados pela terapêutica, esse é um ramo da economia em expansão, que tende a se tornar lucrativo. Há trinta anos havia uma única loja que distribuía produtos para acupuntura – ensino e prática –; editoras especializadas, quem sabe duas ou três. Atualmente, grandes lojas localizadas no centro expandido da cidade de São Paulo dividem mercado com outras menos expressivas, além das montadas nas próprias escolas que oferecem cursos de acupuntura, naturopatia, além das revendedoras virtuais. O uso da internet tem permitido, inclusive, a importação de produtos considerados de alto custo no país. Não existem estudos disponíveis nessa área. Eles poderão oferecer contribuição importante para o conhecimento da estabilização da terapêutica na cidade de São Paulo.

A pesquisa científica em acupuntura ainda se depara com as limitações que os desenhos de estudo ocidentais lhe impõem. O ensaio clínico, considerado padrão ouro pela MOM engessa a terapêutica e pode estar provocando viés nos resultados, prejudicial à própria especialidade, disso decorrendo certa frustração dos pesquisadores. A criação do STRICTA indica um caminho no sentido de amenizar esse problema, mas visa a padronizar apenas a publicação na área, não a construção do desenho da investigação.

Finalmente, três conclusões promissoras emergem deste estudo: (1) a acupuntura caminha na contramão da especialidade médica, um dos aspectos considerados na chamada crise da MOM; (2) a associação MCC+MOM produz benefício terapêutico, a despeito de ser considerada reducionista, e (3) é importante o médico conhecer as MCAs, dentre elas a acupuntura, como expõe Akiyama (2004), para melhorar sua comunicação com o paciente e enriquecer sua *expertise* profissional.

Dentre as limitações deste estudo, quem sabe a principal tenha sido o fato de a pesquisadora não ter formação básica na área de saúde. Não ser médica constituiu barreira para a concessão de entrevista por parte de médicos importantes

relacionados à história da acupuntura, não apenas no HC-FMUSP, como na cidade de São Paulo e no Brasil. Não ser da área de saúde implicou na restrição de acesso a informações de cunho técnico, ou seja, os profissionais – médicos ou não-médicos – evitaram sistematicamente explicar como realizam seus diagnósticos, como escolhem suas estratégias terapêuticas ou como observam resultados nos pacientes para uma chamada leiga. Como o aspecto técnico da assistência em acupuntura não era o objetivo central deste estudo, tais limitações não foram consideradas problema de maior grandeza.

Embora as atividades de campo tenham sido realizadas em três ambientes do HC-FMUSP – o curso optativo de acupuntura para a graduação/Liga de Acupuntura, curso de especialização em acupuntura para médicos, e grupo de acupuntura do Grupo Multidisciplinar de Dor –, apenas uma aluna do curso de especialização foi entrevistada, impossibilitando a análise das interpretações de uma terceira geração de médicos a caminho de especialização na área, desde 1995. Estudos futuros poderão dar conta dessa limitação.

Mais uma limitação deve ser apontada. Este estudo trabalhou com profissionais e pacientes que aderiram à acupuntura. Corre-se o risco de assumir uma atitude triunfalista, como se a adesão a essa MCA fosse incontestável. No entanto, a perda de alunos nos cursos acompanhados sinaliza para o fato de que a evasão também mereça atenção. Também não foram investigadas perdas entre pacientes. Investigações nessa área poderão oferecer informação sobre mais esse aspecto do estabelecimento da acupuntura no HC-FMUSP e na cidade de São Paulo, considerando-se sua instalação definitiva no sistema de saúde, em todos os níveis de assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves MB. Avaliação de usuários de uma unidade básica de saúde ao tratamento de lombalgia por acupressão e acupuntura. [Monografia]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

Amadera JE, Pai HJ, Hsing WT, Teixeira MZ, Martins MA, Lin CA. The teaching of acupuncture in the University of São Paulo School of Medicine, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2010;56(4):458-61.

Akiyama K. Perfil dos usuários de serviço de medicina não-convencional: um estudo da população que procura o Setor de Medicina Chinesa – Acupuntura do Hospital São Paulo – UNIFESP. [Mestrado] São Paulo: UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, 1999.

_____. Práticas não-convencionais em medicina no município de São Paulo. [Doutorado] São Paulo: FMUSP, 2004.

Alter JS. Rethinking the History of Medicine in Asia: Hakim Mohammed Said and the Society for the Promotion of Eastern Medicine. *The Journal of Asian Studies*. 2008;67(4):1165-86.

Atta JA. Exame clínico. In: Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.20-3. (Clínica médica)

Atta JA, Martins MA. História clínica e raciocínio diagnóstico. In: Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.11-9. (Clínica médica)

Auteroche B, Mainville L, Solinas H. Tradução: [?]. Atlas de acupuntura chinesa: meridianos e colaterais. São Paulo: Andrei, 2000. Título original: [?].

Autret A, Valade D, Debiais S. Placebo and other psychological interactions in headache treatment. *Journal of Headache Pain*. 2012. DOI 10.1007/s10194-012-0422-0.

Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.437-55. (Clínica médica)

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

Barnes LL. Needles, herbs, gods and ghosts. *China Healing and the West to 1848*. Cambridge, USA: Harvard University Press, 2007.

Benseñor IM, Lotufo PA, Goulart AC. Medicina baseada em evidências. In: Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.160-70. (Clínica médica)

Bishop FL, Jacobson EE, Shaw JR, Kaptchuk TJ. Scientific tools, fake treatments, or triggers for psychological healing: How clinical trial participants conceptualise placebos. *Social Science & Medicine*. 2012;74:767-74.

Boissevan J. “Apresentando ‘amigos de amigos: redes sociais, manipuladores e coalizões’” In: Feldman-Bianco B(org.). *Antropologia das Sociedades Contemporâneas: Métodos*. São Paulo: Global: 195-223, 1989.

Bossy J. The History of Acupuncture in the West: Exotism, Esoterism and Opposition to Cartesian Rationalism, Complementary to the Occidental Medical System. *Nihon Ishigaku Zasshi [Journal of Japanese History]*. 1982;28(1):81-120.

Both E. *Família e rede social: papéis, normas e relacionamentos externos em famílias urbanas comuns*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

Bowers JZ. Reception of Acupuncture by the Scientific Community: From Scorn to a Degree of Interest. *Comparative Medicine East and West*. 1978;6(2):89-96.

Branquinho FTB. Contribuição da antropologia da ciência à educação em ciência, ambiente e saúde. In: <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt22/t223.pdf> Acesso em: 20 mar 2011.

Brasil, 2006. Ministério da saúde. Portaria MS/GM nº 971. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Brasil, 2010. ANEXO 03. Monitoramento da Inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS. In: Rodrigues AG, Pereira AM, Simoni CD, Trajano MA, Santos MG, Moraes P, Campos TP. Relatório de Gestão 2006/2010. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF, 2011. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/rel_gestao2010_final.pdf
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/anexo3_relgestao.pdf Acesso em: 10 abr 2012.

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

Bunker J Frazier HS, Mosteller F. Improving health; measuring effects of medical care. *Milbank Quarterly*. 1994;72(2):225-58.

Callon M. Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay. In: LAW, John (org.). *Power, action and belief: a new sociology of knowledge?* London, Routledge, 1986, p. 196-223.

Camargo Jr. KR. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993. 32p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 65)

Candelise L. George Soulié de Morant. Le premier expert Français en acupuncture. *Revue de synthèse: tome 131, 6 série, nº3, 2010*, p.373-99.

Castro EV. O nativo relativo. *Mana*. 2002;8(1):113-48.

Chao EC. Buena práctica clínica y ética em el ejercicio de la acupuntura. *Revista Internacional de Acupuntura*. 2011;5:38-41.

Chen J. A Brief Biography of Hua Tuo. *Acupuncture Today*. 2008;9(Issue 08). Disponível em: <http://acupuncturetoday.org/mpacms/at/article.php?id=31781> Acesso em: 11 fev 2011.

Chu NS. Legendary Hwa Tuo's Surgery under General Anesthesia in the Second Century China. *Acta Neurologica Taiwanica*. 2004;13(4):211-16.

_____. Neurology and traditional Chinese Medicine. *Handbook of Clinical Neurology*. 2010;95:755-67.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionáriogenérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 – item short –form health survey (SF-36). [Doutorado] São Paulo: Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, 1997.

Conselho Estadual de Educação, São Paulo. Disponível em: <http://www.ceesp.sp.gov.br/> Acesso em 30 jun 2011.

Conselho Federal de Medicina. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1989/43_1989.htm Acesso em 30 jun 2011.

Conselho Regional de Medicina – São Paulo. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&res=1&ids=JnBhZ2luYT0xJmFzc3VudG89Jm9yZ2FvPSZwYWxhdnJhPWFjdXB1bnR1cmEmdG90YWxfcmVnPTE1Jm9yZGVtPWRhdGFfZW1pc3NhbyBBU0MmZGVwPSZudW1fcGE9aW50> Acesso em 30 jun 2011.

Corrêa JS. ANT at home: a caminho de uma antropologia pós-social no meio urbano brasileiro. In: <https://sites.google.com/a/abaetenet.net/nansi/abaetextos/ant-at-home-a-caminho-de-uma-antropologia-p%C3%B3s-social-no-meio-urbano-brasileiro-jessica-sklair-corr%C3%AAa> Acesso em: 20 mar 2011.

Cricenti SV, Yamamura Y, Matsumoto JT, Juliano Y, Esper RS. Pneumotórax iatrogênico por inserção de agulha de acupuntura no triângulo da ausculta. *Revista Paulista de Acupuntura*. 1996;2(1):40-3.

Cyrino AP, Schraiber LB. Promoção da saúde e prevenção de doenças: o papel da educação e da comunicação. In: *Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica*. Barueri, SP: Manole, 2009. p.470-77. (Clínica médica)

Dillard JN, Knapp S. Complementary and Alternative Pain Therapy in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2005;23:429-49.

Duncan BB e Schmidt MI. Medicina baseada em evidências. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed. Porto alegre: Artmed, 2004. reimp. 2006. p.31-40.

Elias PEM. Sistema de saúde no Brasil. In: *Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher,*

envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.357-67. (Clínica médica)

Eluf Neto, J. Rastreamento em medicina interna. In: Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.368-73. (Clínica médica)

Fan KW. On Hua Tuo's Position in the History of Chinese Medicine. The American Journal of Chinese Medicine. 2004a;32(2):313-20.

_____. *Jiao Qi* Disease in Medieval China. The American Journal of Chinese Medicine. 2004b;32(6):999-1011.

_____. Couching for cataract and Sino-Indian medical exchange from the sixth to the twelfth century AD. Clinical and Experimental Ophthalmology. 2005;33:188-90.

Farber PL. A medicina do século XXI. A união definitiva entre a medicina ocidental e a oriental. São Paulo: Roca, 1997.

_____. Avaliação da atividade elétrica uterina em ratas Wistar prenhes e não prenhes induzida por eletroacupuntura e da influência do sistema nervoso central e dos circuitos elétricos biologicamente fechados. [Doutorado] Faculdade de Medicina, 1998.

Ferreira FT. Rizoma: um método para as redes? Liinc em Revista. 2008;4(1):28-40, com citações diretas das páginas 34-37. Citações diretas de Gilles Deleuze e Felix Guattari. Mil Platôs. Lisboa, Portugal: Editora 34, 2000. p.18.

Ferreira KASL, Siqueira SRDT, Teixeira MJ. Características demográficas, da dor e do tratamento dos pacientes atendidos em Centro Multidisciplinar de dor. Cadernos de Saúde Coletiva. 2008;16(3):449-70.

Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. AS tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2007; 11(23):515-29.

Finnis DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical and ethical advances of placebo effects. Lancet. 2010;375:686–95.

Fioravanti CH. Fungos, instituições, máquinas e pessoas em negociação: o percurso do fármaco P-Mapa. [Tese] Campinas, SP, Universidade de Campinas, 2010.

Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 4.ed. Tradução: Roberta Marchiori Martins. Porto Alegre: Artmed, 2006. reimp 2008. Título original: *Clinical Epidemiology: The Essentials*.

Focks C. Atlas de acupuntura. Tradução: [?]. Barueri, São Paulo: Manole, 2004. Título original: [?].

Focks C, Marz U. Guia prático de acupuntura. Tradução: Reinaldo Guarany. Barueri, São Paulo: Manole, 2007. Título original: *Leitfaden Akupunktur (1. Auflage)*.

Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and Acceptance of Complementary and alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *The Oschsner Journal*. 2012;12:45-56.

Freire LL. Seguindo Bruno Latour: Notas para uma antropologia simétrica. *Comum*. 2006;11(26):46-65.

Fu XB, Wang ZG, Sheng ZY. Advances in wound healing research in China: From antiquity to the present. *Wound Repair and Regeneration*. 2001;9:2-10.

Fung YL. *A Short History of Chinese Philosophy*. Edited by Derk Bodde. New York: The Free Press, 1976.

Gianini RJ. Ensaio clínico randomizado: verdadeiro ou falso? *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2010;12:27-31.

Gianini RJ, Traynor M. Questões ideológicas de equidade na atenção à saúde no Brasil – um estudo do período 1993-2000. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2006;8(2):11-17.

Giumbelli E. Os Azande e nós: experimento de antropologia simétrica. *Horizontes Antropológicos*. 2006;12(26):261-97.

Goddard G, Shen Y, Steele B, Springer N. A Controlled Trial of Placebo Versus Real Acupuncture. *The Journal of Pain*. 2005;6(4):237-42.

Günther H. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2006;22(2):201-10.

Guo ZJ. Chinese Confucian culture and the medical ethical tradition. *Journal of medical ethics*. 1995;21:239-46.

Hammerschlag R, Milley R, Colbert A, Weih J, Yohalem-Ilsley B, Mist S, Aickin M. Randomized Controlled Trials of Acupuncture (1997-2007): An Assessment of Reporting Quality with a CONSORT – and STRICTA – Based Instrument. *Evidence-Based Complementary and alternative Medicine*. 2011, Article ID 183910, doi:10.1155/2011/183910.

Highfield ES, Spellman L, Barnes L, Kaptchuk TJ, Paradis G, Conboy LA, Saper R. Profile of minority and under-served patients using acupuncture. *Complementary Therapies in Medicine*. 2012;20:70-2.

Hopton AK, Curnoe S, Kanaan M, MacPherson H. Acupuncture in practice: mapping the providers, the patients and the settings in a national cross-sectional survey. *British Medical Journal*. 2012;12(2):e000456.

Horn JS. *Medicina para milhões. A experiência chinesa*. Tradução: Maria Therezinha Joffily. Título original ingles: *Away with all pests...* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

Hsing WT. *Modificações clínicas e cintilográficas de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico crônico tratados pela estimulação elétrica subcutânea*. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Medicina, USP, 2001.

- Hsu E. Tactility and the Body in Early Chinese Medicine. *Science in Context*. 2005;18(1):7-34.
- Hucker CO. *China's Imperial Past. An Introduction to Chinese History and Culture*. Stanford, USA: Stanford University Press, 1975
- Iorio RC. *Ensino de acupuntura na visão de estudantes de medicina*. [Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 2004.
- _____. *Acupuntura no exercício da medicina: o médico acupunturista e seus espaços de prática*. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 2007.
- Iorio RC, Siqueira AAF, Yamamura Y. Acupuntura: motivações de médicos para a procura de especialização. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010;34(2):247-54.
- Ischkanian PC. *Práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde*. [Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 2011.
- Johnston MF, Hui KK, Ho F, Yee M. Asian-American Physicians Distinguish Between Licenced Acupuncturists and Physicians Who Incorporate Acupuncture Into Their Practices. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2004;10(6):913-19.
- Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ. A Comparison of Physician and Nonphysician Acupuncture Treatment For Chronic Low Back Pain. *Clinical Journal of Pain*. 2005;21(5):406-11.
- Kaplan G. A Brief History of Acupuncture's Journey to the West. *The journal of Alternative and Complementary Medicine*. 1997;3(1):S5-10.
- Kaptchuk TJ, Goldman P, Stone DA, Stason WB. Do medical devices have enhanced placebo effects? *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53:786-92.
- Kavoussi B. Chinese Medicine: A Cognitive and Epistemological Review. *eCam*. 2007;4(3):293-8.
- Klein-Franke F, Ming Z. The Book of Heat From Rashīd ad-Dīn's Kitāb Bayān al-Haqā'iq, MS. Kiliç Ali Pasha 834, fol. 208 b – 241 b. Chinese Medicine from a Source in 14th Century Persia. *The American Journal of Chinese Medicine*. 2003;31(6):977-82.
- Kleinman A, Kunstadter P, Alexander ER, Gale JL (ed.). *Medicine in chinese cultures: comparative studies of health care in chinese culture and other societies*. Washington, DC:Department of Health, Education and Welfare Public Health Service, 1975.
- Kloetzel K. O diagnóstico clínico: estratégia e táticas. In: *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. reimp. 2006. p.131-42.
- Knauth DR, Oliveira FA. Antropologia e atenção primária à saúde. In: *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. reimp. 2006. p.155-9.
- Koh TC. Chinese Medicine and Martial Arts. *American Journal of Chinese Medicine*. 1981;9(3):181-6.

Kopp J, Wang GY, Horch RE, Pallua N, Ge SD. Ancient traditional Chinese medicine in burn treatment: a historical review. *Burns*. 2003;29:473-78.

Kropf SP, Ferreira LO. A prática da ciência: uma etnografia no laboratório. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 1997-8;4(3):589-97.

Külkamp IC, Burin GD, Souza MHM, Silva P, Piovezan AP. Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007;31(3):229-35.

Latour B. Give me a laboratory and I will move the world. In: Knorr-Cetina K, Mulkay M (eds.). *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science*, London and Beverly Hills: Sage, 1983. pp. 141-170.

_____. *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes Open University Press, 1987. Traduzido como: *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

_____. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. 149p. Título original: *We Have Never Been Modern*. (Coleção Trans).

_____. Os objetos têm história? Encontro de Pasteur com Whitehead num banho de ácido láctico. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 1995;2(1):7-26.

_____. *A Esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Tradução: Gilson César Cardoso de Sousa. São Paulo: Edusc, 2001. 372p. (Coleção Filosofia e Política) Título original: *Pandora's Hope: essays on the reality of science studies*.

_____. How to talk about the boddy? The normative dimension of science studies. *Body & Society*. 2004a;10(2-3):205-29.

_____. Por uma antropologia do centro. *Mana*. 2004b;10(2):397-414.

_____. *Reassembling the social: An introduction to Actor-Network Theory*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2005.

_____. Les “vues” de l’esprit. Une introduction à l’anthropologie des sciences et des techniques. Réimpression de *reprint of* in *Sociologie de la traduction*. Textes fondateurs, Presses de l’Ecole des Mines de Paris, 2006 (avec Madeleine Akrich et Michel Callon), p.33-70.

Latour B, Woolgar S. *Laboratory life: The construction of scientific facts*. Princeton, US: Princeton University Press, 2nd edition, 1986.

Law J. On the methods of long-distance control: vessels, navigators and the Portuguese route to India. In: LAW, John (ed.). *Power Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?* London, UK: Routledge and Henley, 1986: 234-63.

Lake R, Broderick J. Current Licensure for acupuncture in the United States. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 1999;5(4):94-6.

Li XJ, Zhang HY. Western healers in traditional Chinese medicine. *European Molecular Biology Organization Reports*. 2008;9(2):112-113.

Lin CA. Efeitos da poluição atmosférica sobre a morbidade respiratória aguda na população infantil de São Paulo. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Medicina, USP, 1997.

Lin CA, Martins MA, Farhat SCL, Pope CA 3rd, Conceição GM, Anastácio VM, Hatanaka M, Andrade WC, Hamaue WR, Böhm GM, Saldiva PH. Air pollution and respiratory illness of children in São Paulo, Brazil. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 1999;13:475-88.

Lin CA, Hsing WT, Pai HJ. Acupuntura: prática baseada em evidências. *Revista de Medicina*. 2008;87(3):162-5.

Lin TY, Teixeira MJ, Loduca A, Zakka TRM, Fernandes MM. Avaliação funcional do doente com dor crônica. In: *Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica*. Barueri, SP: Manole, 2009. p.56-73. (Clínica médica)

Luz D. Racionalidades médicas: medicina tradicional chinesa. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993a. 64p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº72)

Luz HS. Racionalidades médicas: medicina homeopática. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993b. 36p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº64)

Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993c. 32p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº62)

_____. (coord.) V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1996a. 76p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº136)

_____. (coord.) VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1996b. 47p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº140)

_____. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Ma KW. The roots and development of Chinese acupuncture: from prehistory to early 20th century. *Acupuncture in Medicine*. 1992;10:92-9.

Ma SSY. The I Ching and the psyche-body connection. *Journal of Analytical Psychology*. 2005;50:237-50.

MacPherson H, White A, Cummings M, Jobst K, Rose K, Niemtzow R. Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture. *Acupuncture in Medicine*. 2002;20(1):22-25.

_____. Standards for reporting interventions in controlled trials of acupuncture: the STRICTA recommendations. *Complementary Therapies in Medicine*. 2001;9(4):246-49.

MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Lin YP, Wu TX, White A, Moher D. Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement. *PLoS Medicine*. 2010;7(6):e1000261.

Mahler H. Tomorrow's Medicine and Tomorrow's Doctors. *Comparative Medicine East and West*. 1978;6(2):97-102.

Mann F. Acupuntura: antiga arte chinesa de curar. Tradução de Maria Judith Martins. São Paulo: Hemus, s.d. Título original: Acupuncture.

Marques EA. Racionalidades médicas: medicina ayurvédica. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993. 44p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº75)

Martins HH. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*. 2004;30(2):289-300.

Martins MA, Nunes MPT. Princípios gerais de atuação do clínico. In: Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.24-8. (Clínica médica)

McKnight JL. On the Imperial Possibilities of Modernized Medicine. *Comparative Medicine East and West*. 1978;6(2):85-8.

Medeiros SL. Práticas terapêuticas não-convencionais usadas por idosos. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1997.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde e Debate*. 2003;27(65):s.p.
Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-26.

Moraes MO. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2004;11(2):321-33

_____. A contribuição da antropologia simétrica à pesquisa e intervenção em psicologia social: uma oficina de expressão corporal com jovens deficientes visuais. *Psicologia & Sociedade*. 2008;20[edição especial]:41-9.

_____. O conceito de rede na filosofia mestiça. *Revista Informare*. 2000;6(1):12-20.

Moraes MRC. A reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira. [Mestrado] São Paulo: PUC-SP, 2007.

Morrel DC. Symptom interpretation in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1972;22:297-309.

Murdoch J. Towards a geography of heterogeneous associations. *Progress in Human Geography*, v. 21, n. 3, p. 321-37, 1997.

Nascimento MC. De panaceia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. *História, ciência, Saúde – Manguinhos*. 1998;5(1):s.p.

Needham J. De la ciencia i la tecnologia chinas. Madri, Espanha: Siglo XI Editores, 1978, 243p.

Neves RMC. Lições da iniciação científica ou a pedagogia do laboratório. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2001;8(1):71-97.

NIH-National Institutes of Health. Acupuncture. Consens Statement. 1997;15(5):1-34.
Ou B, Huang D, Hampsch-Woodill M, Flanagan JA. When east meets west: the relationship between yin-yang and antioxidation-oxidation. *The FASEB Journal*. 2003;17:127-29.

Nogier R. Auriculoterapia ou acupuntura auricular. Tradução: [?]. São Paulo: Andrei, s.d. Título original: [?].

Nordon DG, Gianini RJ, Novo NF. Should scientific research in acupuncture be different? A Systematic Review of recent meta-analysis and their concordance to Traditional Chinese Medicine. [originais, s/d].

Ollaik LG, Ziller HM. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educação e Pesquisa*. 2012;38(1):229-41.

Oliveira FA, Pellanda LC. A consulta ambulatorial. In: *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed. Porto alegre: Artmed, 2004. reimp. 2006. p.125-30.

Pai HJ. Acupuntura: de terapia alternativa a especialidade médica. São Paulo: CEIMEC, 2005.

Palmeira G. A acupuntura no Ocidente. *Cadernos de Saúde Pública*. 1990;6(2):117-28.

Pallamin V. Aspectos da relação entre o estético e o político em Jacques Rancière. *RiSCO. Revista de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo*. 2010;12:6-16.

Pasternak J. Era uma vez a Medicina tradicional chinesa, a acupuntura, o placebo e o cientista. *einstein: Educação Continuada em Saúde*. 2008;6(3 Pt2):122-4.

Patwardhan B, Warude D, Pushpangandan P, Bhatt N. Ayurveda and Traditional Chinese Medicine: a Comparative Overview. *eCAM*. 2005;2(4):465-73.

Pereira-Neto AF. Tornar-se cientista: o ponto de vista de Bruno Latour. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13(1):109-18.

Prady SL, Richmond SJ, Morton VM, MacPherson H. A Systematic Evaluation of the Impact of STRICTA and CONSORT Recommendations on Quality of Reporting for Acupuncture Trials. *PLoS ONE*. 2008;3(2):e1577.

Rancière J. O dissenso. Tradução: Paulo Neves. In: Novaes A (org.). *A crise da razão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. p.367-82.

São Paulo, 2010. Relatório de Gestão HCFMUSP. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/publicacoes/index.htm> Acesso em 05/04/2012.

Saad M. A Medicina tradicional chinesa tem base científica? *einstein: Educação Continuada em Saúde*. 2008;6(3 Pt2):124-5.

Saadeh A. Relação médico-paciente. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL. Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.4-10. (Clínica médica)

Sagli G. The establishing of Chinese medical concepts in Norwegian acupuncture schools: the cultural translation of *jingluo* ('circulation tracts'). *Anthropology & Medicine*. 2010;17(3):315-26.

Sánchez P. La Medicina Interna: etos y oportunidades al inicio de um nuevo siglo. *Revista Médica del Chile*. 2003;131(6):s.p.

Schafranski MD. Medicina – fragilidades de um modelo ainda imperfeito. Salto, SP: Schoba, 2011.

Schmidt MI, Duncan BB. Aplicando evidências em decisões clínicas: conceitos de epidemiologia clínica. In: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto alegre: Artmed, 2004. reimp. 2006. p.45-55.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Séries: Saúde no Brasil* 4. *The Lancet*. 2011: 61-74. Disponível em: www.thelancet.com.

Schraiber LB. O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*. 1995;29(1):63-74.

_____. O médico e seu trabalho. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

Shankar K, Liao LP. Traditional systems of medicine. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 2004;15:725-47.

Sherman KJ, Hogeboom CJ, Cherkin DC. How traditional Chinese medicine acupuncturists would diagnose and treat chronic low back pain: results of a survey of licensed acupuncturists in Washington State. *Complementary Therapies in Medicine*. 2001;9(3):146-53.

Silva ACCG, Tunala RG, Ferreira Junior M. Aconselhamento para hábitos saudáveis. In: Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.225-33. (Clínica médica)

Silva JBG. Avaliação do tratamento por acupuntura em ambulatório de Hospital-escola. Estudo de caso. [Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1999.

Silva Junior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC e Corbo ADA (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. P.27-41.

Soares SM. Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço de saúde: caminhos e descaminhos. Estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. [Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 2000.

Souza EFAAS, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2011;18(1):155-74.

_____. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2009;16(2):393-405.

Souza GHP. Digressões sobre a medicina chinesa clássica. Conferência realizada na Associação Paulista de Medicina, em junho de 1942. São Paulo: São Paulo Editora Limitada, 1942.

Subbarayappa BV. The roots of ancient medicine: an historical outline. *Journal of Biosciences*. 2001;26(2):135-44.

Sussmann DJ. Que é a acupuntura? Tradução de: Miecio Araújo J. Honkis. Título original: *Qué es la acupuntura*. São Paulo: Círculo do Livro, 1975.

Tait J, Cummings M. Education, training and continuing professional development in medical acupuncture. *Acupuncture in Medicine*. 2004;22(2):75-82.

Tan EK, Millington WM, Levell NJ. Acupuncture in dermatology: an historical perspective. *International Journal of Dermatology*. 2009;48:648-52.

Teixeira MJ, Lin TY, Loduca A, Samuelian C, Cunha S, Botteon MC. Tratamento multidisciplinar da dor. In: *Clínica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica*. Barueri, SP: Manole, 2009. p.56-73. (Clínica médica)

Teixeira MO. A ciência em ação: seguindo Bruno Latour. *História, ciências, Saúde-Manguinhos*. 2001;3(1):265-72.

Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. Homeopathy and acupuncture teaching at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: the undergraduates' attitudes. *São Paulo Medical Journal*. 2005;123(2):77-82.

Teixeira RR. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(supl.):785-9.

Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(1):195-206.

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(8):1732-42.

The Acupuncture Regulatory Working Group. The Statutory Regulation of the Acupuncture Profession. United Kingdom, 2003. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4070168.pdf Acesso em 13 mar 2012.

Trovó MM, Silva MJP, Leão ER. Terapias alternativas/ complementares no ensino público: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003;11(4):483-489.

Trovó MM, Silva MJP. Terapias alternativas/ complementares: a visão do graduando de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2002;36(1):80-7.

Tsai DFC. Ancient Chinese medical ethics and the four principles of biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*. 1999;25:315-21.

Tu B, Johnston M, Hui KK. Elderly patient refractory to multiple pain medications successfully with integrative East-West medicine. *International Journal of General Medicine*. 2008;1:3-6.

Unschuld PU. Traditional Chinese medicine: some historical and epistemological reflections. *Social Science & Medicine*. 1987;24(12):1023-29.

Valladares L. Os dez mandamentos da observação participante. *Revista Brasileira da Ciências Sociais*. 2007;22(63):153-5.

Viana ALA, Silva HP, Scheffer M. Economia e saúde. *Clínica médica*, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistemática, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. p.413-20. (Clínica médica)

Wang LG. Tratado contemporâneo de acupuntura e moxibustão. Tradução, atualização e co-edição: Hong Jin Pai. São Paulo: CEIMEC, 2005. Título original: *A Complement Work of Present Acupuncture & Moxibustion: Fundamentals of Acupuncture & Moxibustion*.

We SR, Koog YH, Park MS, Min BI. Placebo effect was influenced by publication year in three-armed acupuncture trials. *Complementary Therapies in Medicine*. 2012;20:83-92.

Wen TS. Manual terapêutico de acupuntura. Tradução: ?. Miriam Akemi Komatsu. Editor: Wu Tu Hsing. Barueri, SP: Manole, 2008. Título original: [?].

White A, Ernst E. A brief history of acupuncture. *Rheumatology*. 2004;43:662-3.

Wilhelm R. I Ching. O livro das mutações. 7.ed. Tradução de Alayde Mutzenbecher e Gustavo Alberto Correa Pinto. São Paulo: Pensamento, 1987. Título original: *I Ging: Das Buch der Wandlungen*.

Xu Y, MacEntee MI. The roots of Dentistry in Ancient China. *Journal of Canadian Dentistry Association*. 1994;60(7):613-6.

Yamamura Y. Acupuntura tradicional: a arte de inserir. 2.ed. e atual. São Paulo: Roca, 2009.

Yang N. Disease Prevention, Social Mobilization and Spatial Politics: The Anti Germ-Warfare Incident of 1952 and the "Patriotic Health Campaign". *The Chinese Historical Review*. 2004;11(2):155-82.

Yoshizumi AM. Perfil dos usuários do ambulatório de acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo: um estudo de caso. [Mestrado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 2010.

Yu F, Takahashi T, Moriya J, Kawaura K, Yamakawa J, Kusaka K, Itoh T, Morimoto S, Yamaguchi N, Kanda T. Traditional Chinese Medicine and Kampo: A Review from the Distant Past for the Future. *The Journal of International Medical Research*. 2006;34:231-39.

Zhang NL, Yuan S, Chen T, Wang Y. Statistical Validation of Traditional Chinese Medicine Theories. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2008;14(5):583-7.

Zhu J. Research on History of Medicine in China in the Last Five Years. *Historia Scientiarum*. 2004;13(3):149-63.

6.1 Referências eletrônicas

HC-FMUSP:

<http://www.hcnet.usp.br/publicacoes/index.htm>

História do HC-FMUSP:

<http://www.hcnet.usp.br/historiahc/institutos.htm#iot>

USP Júpiter, Sistema de graduação:

<https://sistemas.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=MSP0668&verdis=2>

ICHC-FMUSP

<http://www.ichc.hcnet.usp.br/default.aspx?pagid=DSFEMRLI&menuid=1513>

CEIMEC:

<http://www.ceimec.com.br>

Alibaba.com, site de venda de agulhas:

<http://portuguese.alibaba.com/products/acupuncture-needles-with-copper-handle.html>

Ponto de venda de produtos virtual:

http://www.pontoextraacupuntura.com.br/artigos.php?in=mostra_artigo&id=50

Antunes R. Diretor da Scola Nacional de Acupuntura, ENAc:

<http://www.enacdf.com.br/artigosNotes/ato.php>

CFM:

http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1995/28_1995.htm

ABA:

<http://www.acupunturista.net/content/association/251/associacao-brasileira-de-acupuntura/>

CEATA:

<http://www.ceata.com.br/site/historico-acupuntura-no-brasil>

CEE:

<http://www.ceesp.sp.gov.br/>

ABACO, Colégio Brasileiro de Acupuntura:

http://www.abacocba.org.br/pages/tec_acupuntura.asp

Ponto de Luz:

<http://www.pontodeluz.com.br/portoalegre/>

SMBA:

<http://www.acupunturista.net/content/association/249/sociedade-medica-brasileira-de-acupuntura/>

AMBA:

<http://www.amba.org.br/v2/pagina.asp?IDPAGINA=04>

CMBA:

<http://www.cmba.org.br/acupuntura/secao/acupuntura-medica-historico/16>

CMA Paulista:

<http://www.cmapaulista.org.br/index.php?mpg=01.02.00>

FMUSP:

<http://www.fmusp.org.br/instituicao.php>

British Medical Association:

http://www.bma.org.uk/health_promotion_ethics/complementary_medicine/camwhatpatientsmaybeusing.jsp?page=9#.T2TC88WLMat

Senado Federal:

http://www.senado.gov.br/noticias/agencia/quadros/qd_373.html

CNA:

www.cna-cap.org.br

7 ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: __/__/____ Hora: __h__

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, como voluntário. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnnet.usp.br

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: *Fatores Associados ao Estabelecimento da Medicina Tradicional Chinesa na cidade de São Paulo*

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Reinaldo José Gianini

Telefone para contato: (11)3061-7076

Pesquisadores participantes: Maria Inês de França Roland

Telefones para contato: (11) 7458-9685

- ♦ Descrição da pesquisa: esta pesquisa tem como objetivo descrever o processo de estabelecimento da medicina tradicional chinesa na cidade de São Paulo.
- ♦ Especificação dos riscos, prejuízos, desconforto e lesões: essa pesquisa não prevê riscos, pois implica em observação e entrevistas, apenas.
- ♦ Benefícios decorrentes da participação na pesquisa: os participantes colaborarão com informações que possibilitarão maior conhecimento sobre a introdução da medicina tradicional chinesa no atendimento à saúde dos habitantes da cidade de São Paulo.
- ♦ Procedimentos: Será utilizada metodologia qualitativa, ou seja, acompanhamento de atividades relacionadas ao tema, além de entrevistas individuais e em grupos, e análise de prontuários de pacientes, quando autorizado.
- ♦ Período de participação, término, garantia de sigilo, direito de retirar o consentimento a qualquer tempo: participarão da pesquisas aquelas pessoas que estiverem em acompanhamento médico ou disponíveis para realização de entrevistas, enquanto durar as atividades de campo da mesma. É expressamente reconhecido o direito de o participante retirar o seu consentimento, se e quando achar necessário, sem qualquer prejuízo para o seu atendimento de saúde ou qualquer outro tipo de prejuízo. É garantido o sigilo das informações produzidas nas atividades de campo.

♦ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____/RG _____/n.ºd e prontuário _____/n.ºde matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo *Fatores Associados ao Estabelecimento da Medicina Tradicional Chinesa na cidade de São Paulo*, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Maria Inês de França Roland sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Observações complementares:

Anexo 2 - Roteiro de entrevista com profissionais acupunturistas

Roteiro para Entrevistas

1.1 Identificação pessoal: nome, idade, religião, formação profissional, profissão atual, áreas de atuação.

2.1 O que o levou a se interessar por MTC?

3.1 Com quem aprendeu? Citar outras referências ou personalidades/escolas da área, conhecidas.

4.1 Quais são suas estratégias terapêuticas – MTC e outras – e o perfil dos pacientes que o procuram para fazer atendimento em MTC. Descreva uma consulta típica em ambulatório e particular – acolhimento, etapas da consulta, diagnóstico, prognóstico – o que é verificado? Tem muitos pacientes? Expectativas em relação ao número de pacientes (aumentará, diminuirá)?

5.1 O tipo de paciente e o diagnóstico pronto comprometem a sua formação em MTC/acupuntura?

6.1 Quais resultados atinge com o tratamento pela MTC?

7.4 Como os pacientes respondem ao tratamento? Há seguimento satisfatório?

8.1 Você percebe questões emocionais relacionadas ao problema físico?

9.5 Quais são suas fontes de informação sobre MTC?

10.2 Você participa de alguma associação profissional relacionada à MTC ou grupo de estudos?

11.2 Participa de congressos/ atualiza conhecimentos? Onde e quais? O que mais se discute nesses ambientes?

12.2 Conhece algo sobre a história da MTC na cidade de São Paulo? Fale sobre isso.

13.2 Sobre a colônia japonesa, há alguma relação com isso?

14.3 Como é a relação com outros médicos? Eles buscam atendimento em MTC? E outros profissionais da área de saúde: há rivalidades? E os profissionais que não são da área de saúde?

15.3 Por que não existe um departamento ou instituto de acupuntura nas universidades?

16.3 Você conhece algum órgão representativo ou consultivo sobre MTC/acupuntura (SINTE, AMBA, SMBA)? Já participou de alguma atividade organizada por ele ou outras instituições ligadas à MTC? (Humaniversidade, CEATA, por exemplo)

17.3 Onde costuma comprar os seus equipamentos de trabalho em MTC? A oferta de produtos é boa? O custo é acessível? Há alguma sugestão para o mercado/vê alguma necessidade não atendida?

18.1 Qual o valor médio de uma consulta? É boa a relação custo/benefício para o profissional?

19.5 O que é a MTC? Qual a diferença para a MOM? O que se pratica na cidade de São Paulo?

20.4 Em sua opinião, como a MTC é acolhida na cidade de São Paulo e qual o prognóstico para o seu estabelecimento? Qual a demanda por atendimento?

21.4 A mídia ajuda ou atrapalha?

22.3 Conhece o Ato Médico? O que pensa sobre o assunto?

23.3 Tendo só médicos atuando, eles darão conta da demanda por atendimento?

24.3 Na China, há um curso técnico de três anos, e esse profissional visita as casas e faz um atendimento pouco complexo de acupuntura/MTC, enviando para os médicos/hospitais os casos mais complexos. Isso é viável no Brasil?

Obrigada

Anexo 3 – Texto comparado do Projeto de Lei que visa a regulamentar a prática médica, em tramitação no Congresso Nacional

Projeto aprovado no Senado em 2006 (PLS 268/2002)	Substitutivo aprovado na Câmara em 2009 (PL 7.703/2006)	Texto aprovado pela CCJ em 8 de fevereiro de 2012
Art. 4º São atividades privativas do médico:	Art. 4º São atividades privativas do médico:	Art. 4º São atividades privativas do médico:
I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;	I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;	I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;
II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;	II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;	II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;	III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;	III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, sejam terapêuticos, sejam estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
§ 1º Diagnóstico nosológico privativo do médico, para os efeitos desta Lei, restringe-se à determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por no mínimo dois dos seguintes critérios:	§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:	§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definido como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por no mínimo dois dos seguintes critérios:
I – agente etiológico reconhecido;	I – agente etiológico reconhecido;	I – agente etiológico reconhecido;
II – grupo identificável de sinais ou sintomas;	II – grupo identificável de sinais ou sintomas;	II – grupo identificável de sinais ou sintomas;
III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.	III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.	III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.
§ 2º Não são privativos do médico os diagnósticos funcional, cinésio-funcional, psicológico, nutricional e ambiental, e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva.	§ 2º Não são privativos dos médicos os diagnósticos psicológico, nutricional e socioambiental e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva e psicomotora.	§ 2º Não são privativos do médico os diagnósticos funcional, cinésio-funcional, psicológico, nutricional e ambiental, e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva.

§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na décima revisãoda Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.	§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.	§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:	§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:	§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:
I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos;	I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos;	I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos;
II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos;	II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos;	II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos;
III – invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.	III – invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.	III – invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.
§ 5º Exetuum-se do rol de atividades privativas do médico:	§ 5º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:	§ 5º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:
I – aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas, intramusculares e intravenosas, de acordo com a prescrição médica;	I – aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas, intramusculares e intravenosas, de acordo com a prescrição médica;	I – aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas, intramusculares e intravenosas, de acordo com a prescrição médica;
II – cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical, e venosa periférica, de acordo com a prescrição médica.	II – cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical e venosa, de acordo com a prescrição médica.	II – cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical e venosa periférica, de acordo com a prescrição médica;
III – aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;	III – aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;	III – aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;
IV – punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica;	IV – punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica;	IV – punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica;
V – realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;	V – realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;	V – realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;

VI – atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;	VI – atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;	VI – atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;
	VII - a realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos	(Rejeitado pelo relator)
	VIII – a coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;	VII – a coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;
	IX – os procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.	VIII – os procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.
§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.	§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.	§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.
§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.	§ 7º São resguardadas as competências específicas das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia e outras profissões correlatas que vierem a ser regulamentadas.	§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico e tecnólogo de radiologia.
	§ 8º Punção, para os fins desta lei, refere-se aos procedimentos invasivos diagnósticos e terapêuticos;	(Rejeitado pelo relator)

Fonte: http://www.senado.gov.br/noticias/agencia/quadros/qd_373.html Acesso em: 21 mar 2012

Anexo 4 – Primeiro Encontro Brasileiro de Acupuntura Médica, 1985

"1º Encontro Brasileiro de Acupuntura Médica."

PROGRAMAÇÃO:

Dia: 18 (Sexta-feira)/Outubro/85

13:00 às 14:30 hs.: RECEPÇÃO E CREDENCIAMENTO DOS CONGRESSISTAS

14:30 às 18:00 hs.: ABERTURA DO TRABALHO (Anfiteatro)

— PALESTRA:

Novo Método da Acupuntura baseada em I Ching (mutações dos oito trigramas) com utilização de micro-computador.

— DR. CHAO TER SAN

— PALESTRA:

Magnetoterapia em Acupuntura

— DR. WU TOW KWANG

— PALESTRA:

Nova Técnica de Ryodoraku

— DR. RUY Y. TANIGAWA

(Sala)

16:00 às 18:00 hs.: — CURSO BÁSICO DE ACUPUNTURA

TURA

para os principiantes.

— DR. EVALDO MARTINS LEITE

Taoísmo em Acupuntura

— DR. EU WON LEE

Fisiopatologia da Acupuntura

20:00 hs.: ABERTURA OFICIAL E COQUETEL

Dia: 19 (Sábado)/Outubro

08:00 às 09:30 hs.: MESA REDONDA:

Acupuntura em Analgesia e Clínica da Dor.

Coordenador: DR. EDMUNDO TAKAO INUY (SP)

Relatores: DR. JOÃO BARBOSA (BRASÍLIA)

Mecanismo de Analgesia em Acupuntura.

DR. GUSTAVO SÁ CARNEIRO (PE)

Anestesia pela Acupuntura

DR. FERNANDO CARPENA ALVES (RS)

Acupuntura em Clínica da Dor

DR. ALCIO DE JESUS GOMES (RJ)

Acupuntura em Dor Crônica.

09:30 às 11:00 hs.: MESA REDONDA:

Acupuntura em Ortopedia e Reumatologia

Coordenador: DR. YSAO YAMAMURA (SP)

Relatores: DR. LOO JIA DONG (SP)

Cervicobraquiálgia e Ombro Doloroso

DR. SIDNEI SHOJI MORI (SP)

Bases Energéticas da Mio-Artralgia

DR. TAKASHI JOJIMA (SP)

Lombalgia e Lombociatalgia

DRA. DINA KAUFMAN (SP)

Observações Clínicas em Patologias Mio-Osteoarticulares

11:00 às 11:20 hs.: CAFÉ

11:20 às 12:00 hs.: PALESTRA:

Homeopatia Energética e Desequilíbrio

Constitucional

(Acupuntura Constitucional)

DR. EU WON LEE

12:00 às 13:30 hs.: ALMOÇO

13:30 às 14:40 hs.: MESA REDONDA:

Acupuntura em Tocoginecologia

Coordenador: DR. FRANCISCO JOSÉ VIEIRA DE SOUZA (DF)

Relatores: DR. FABIO CESAR ARRUDA ROSI-

TO (GO)

Obesidade e Síndrome do Climatério

DR. RICARDO CALMONT E ANTUNES (RJ)

Síndrome da Tensão pré-menstrual

DR. DANIEL ESPADA LAHOZ (SP)

Analgesia do parto pela Acupuntura

DRA. GYSELIA COSTA LEÃO (SP)

Ovário Policístico

14:40 às 15:10 hs.: PALESTRA:

Sinal Vascular Autônomo de Nogier

DR. FRANCISCO OLIVEIRA VIANA

15:10 às 15:30 hs.: CAFÉ

15:30 às 16:30 hs.: MESA REDONDA:

Acupuntura em Neuropsiquiatria

Coordenador: DR. ANTONIO FERNANDO REGI-

NATO (SP)

Acupuntura em Cefaléias

Relatores: DR. JOU EL JIA (SP)

Acupuntura em Ansiedade

DR. ELYR SANTOS SILVA (RJ)

Psiquismo dos Órgãos Internos

DR. CARLOS MORIYAMA (SP)

Acupuntura em Depressão

16:30 às 18:00 hs.: TEMA LIVRE

Coordenador: DR. GUSTAVO SÁ CARNEIRO (PE)

DR. HAECKEL MEYER (BA)

Doença de Alzheimer pela Acupuntura

DR. JOSÉ CARLOS DE CAMPOS

MARTINS (RJ)

Circulação Energética Intracelular

DR. GERALDO ACHIAME (RJ)

Aplicações Clínicas dos "CINCO ELEMENTOS"

DR. CHAO TER SAM (SP)

Analgesia em Odontologia pela

Acupuntura

Dia: 20 (Domingo)/Outubro

08:00 às 10:00 hs.: MESA REDONDA:

Acupuntura em Clínica Médica

Coordenador: DR. ORLANDO JOSÉ GONÇALVES FILHO (RJ)
 Disfunção Hepatobiliar e Intestinal
 DR. EVALDO MARTINS LEITE (SP)
 Acupuntura em Infectologia
 DR. MARCUS VINICIUS FERREIRA (RJ)
 Acupuntura em Asma
 DR. SALVADOR DURAN BATALHA (RJ)
 Hipertensão e Patologia Anal
 DR. JOÃO ELIAS CABREIRA (RS)
 Afecção Infeciosa e Disfunção Digestiva

10:00 às 11:10 hs.: MESA REDONDA:
 Acupuntura em Patologia Bucofacial e O.R.L.

Coordenador: DR. GERALDO ACHIAME (RJ)
 Experiências Clínicas em O.R.L.
 DR. JOSÉ ROBERTO VIDULICH DE RESENDE (RJ)
 Síndrome da Articulação Temporomandibular
 DR. HAECKEL MEYER (BA)
 Nevralgia do Trigêmeo
 DR. DARWIN CALDEIRA RIBEIRO
 Analgesia em Odontologia

11:20 às 12:00 hs.: PALESTRA:
 Numerologia em Sistema de Vaso Maravilhoso
 (Targaruga Mística)
 DR. WU TOW KWANG (SP)

12:00 às 13:30 hs.: ALMOÇO

13:30 às 14:30 hs.: MESA REDONDA:
 Acupuntura e Homeopatia
 Coordenador: DR. RUY Y. TANIGAWA (SP)
 Efeito de Supressão da Acupuntura
 Relatores: DR. CARLOS LIMA MELO (GO)
 Ponto de Alarme "WEIHE" em Homeopatia e Acupuntura
 DR. EDISON CREDIDIO (SP)
 Associação da Acupuntura e Homeopatia em Clínica Médica

14:30 às 15:00 hs.: PALESTRA:

Acupuntura Estética
 DRA. LUIZA KEIKO MATSUKA (SP)

15:00 às 15:20 hs.: CAFÉ

15:20 às 17:00 hs.: TEMA LIVRE:

Coordenador: DR. JOÃO BARBOSA (DF)
 DR. FRANCISCO JOSÉ VIEIRA DE SOUZA (DF)

Tratamentos de Hepatite e Afecções Hepáticas pela Acupuntura

DRS. HISASHI, AOYAGI, NICANOR BARRETO FILHO, RUTH PEIXOTO MATOS ROSA (SP)

A Utilização da Lidocaína nos Pontos de Acupuntura e Aplicações Clínicas
 DR. YSAO YAMAMURA (SP)

Utilização dos Pontos "Tching" nas Emergências Médicas

DR. WU TOW KWANG

Acupuntura em Síndromes Dolorosas da Insuficiência Arterial Periférica

DR. DAGOBERTO CASTRO BRANDÃO (SP)

Avaliação Clínica de 78 pacientes Geriátricos tratados pela Acupuntura e Métodos Convencionais.

17:00 às 17:30 hs.: MESA REDONDA:

"Ensino e Previdência Social da Acupuntura"

"Reconhecimento da Acupuntura pela A.M.B. — e C.F.M."

Coordenador: DR. EU WON LEE

Relatores: ABERTA.

17:30 às 18:00 hs.: ENCERRAMENTO:

Mensagem do 1º E.B.A.M. para os colegas, Autoridade Governamental e o povo Brasileiro.

Organização do 2º E.B.A.M.

O ENCONTRO será realizado em SÃO PAULO, nos dias: 18, 19 e 20 DE OUTUBRO DE 1985, no NIKKEY PALACE HOTEL.

INFORMAÇÕES:

Caixa Postal nº 9428 — Agência Central — São Paulo — SP — CEP: 01.000
 Tels.: (011) 570-2796 — 549-3295 — 280-8426

LOCAL DO ENCONTRO:

NIKKEY PALACE HOTEL
 Rua Galvão Bueno, 425 — Liberdade
 São Paulo — SP — CEP: 01506
 Tel.: (011) 270-8511

Anexo 5 – I Congresso Internacional de Acupuntura do CMASP e II Congresso Brasileiro de Acupuntura do CMBA, 2010

DATA: 14 a 17 de Outubro de 2010

LOCAL: Hotel Maksoud Plaza

ADMINISTRAÇÃO: Colégio Médico de Acupuntura do Estado de São Paulo

PRINCIPAIS TEMAS:

1. Procedimentos Tradicionais (Resgate dos conhecimentos dos grandes mestres)

Ventosa

Moxa

Procedimentos não usuais: Gua Sa, Agulha de fogo, Implante de fio de catgut, Infiltração com ervas, anestésicos, polivitamínicos, cortisona, solução fisiológica, gás carbônico, capsaicina

Bloco de EletroAcupuntura (EA)

Efeitos da Acupuntura e eletroAcupuntura no estresse oxidativo em ratos sadios (dissertação de mestrado)

Ryodoraku

Como racionalizar o uso da EA pelo médico acupunturista

Possibilidades terapêuticas da eletroAcupuntura no controle glicêmico. Estudo experimental. Efeitos da eletroAcupuntura no controle do estresse oxidativo em retalhos randomizados. Estudo experimental.

EA - aplicação clínica com demonstração prática

2. Adolescente

Cefaléia. Transtorno de déficit de atenção – DDH, TOC, Depressão, Bulimia, Fibromialgia

Transtornos da ansiedade/ gastrite em adolescentes e obesidade

Experiência do Instituto da Criança em Cefaléia

Fibromialgia em crianças

Enurese noturna

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e Acupuntura

Asma

Dismenorréia em adolescentes

3. Musculoesquelética

Inativação de PGs e Acupuntura para Síndrome Dolorosa Miofascial

Efeito e tratamento da Acupuntura em patologias musculoesqueléticas

Tratamento em dor pós cirurgia de coluna lombar

Bloco de fibromialgia de 3 temas

Fibromialgia e Acupuntura- trabalho do Centro de Acupuntura IOT-HCFMUSP

Fibromialgia e Acupuntura-trabalho do Centro de Dor-Neuro-HCFMUSP

Atualização no diagnóstico, fisiopatologia e tratamento da Fibromialgia.

Evidências da Acupuntura em doenças reumatológicas

Uso da Acupuntura em Ler/DORT

A Acupuntura no Tratamento da Síndrome Complexa de Dor Regional

Lesão do Manguito Rotador e Acupuntura

Fasciite plantar e Acupuntura

Metatarsalgias e talalgias

Técnica de Acupuntura dos ossos longos (SYAOL)

Cervicobraquialgias

Cervicalgias

Lombalgias

Lombociatalgias (Síndrome do Piriforme, ciatalgia)

Dorsalgias e costocondrites

4. Cefaléia

O tratamento da cefaléia baseado em consenso

Acupuntura em cefaléias crônica diária

Atualização no tratamento por Acupuntura em cefaléias (enxaqueca e tensional)

Tratamento de pacientes com cefaléia cervicogênica

Acupuntura no tratamento das cefaléias primárias (AMB)

5. Geriatria

Demência, Tremor / Parkinson, Dor

Acupuntura e dor na doença de Parkinson

Transtorno de Humor no idoso

Distúrbios do sono no idoso

Disfunção sexual e erétil no idoso

Demência e Acupuntura

Tratamento de dor com Acupuntura

Acupuntura no tratamento de pacientes geriátricos

Dores musculoesqueléticas, astenia, dificuldades de equilíbrio, insônia, constipação, excesso de peso, excesso de medicamentos etc.

Acupuntura no Tratamento da Osteoartrite do Joelho em paciente idoso

6. Ginecologia/ Obstetrícia

Acupuntura e Fertilização in Vitro

Tratamento de infertilidad con la Acupuntura tradicional y de Master Tung

Síndrome do ovário policístico e Acupuntura

Transtornos menstruais: amenorréia, dismenorréia, TPM

Dor pélvica

Mastalgia

Depressão Pós-Parto

Dor na gestante

Pontos de Acupuntura proibidos na gravidez. Eles existem?

Tratamento da síndrome climatérica por Acupuntura: comprovações e perspectivas

7. Dermatologia/ Estética

Acne, dermatite de contato, dermatite atópica, psoríase

Acupuntura estética

Dermatite atópica/ psoríase

Tratamento de paralisia facial pela Acupuntura estética

Transtornos emocionais e as doenças da pele

8. Dor Orofacial

The Effect of Acupuncture on Postoperative Oral Surgical Pain - a Placebo-Controlled Clinical Trial

Acupuntura na DTM

Interrelação entre DTM e cefaléias: abordagem pela Acupuntura

9. Neurologia/ PQ

Insônia, Depressão, Transtornos de Ansiedade
Tratamento da ansiedade com Acupuntura
Transtorno do Pânico e Acupuntura
Depressão - uma abordagem pelo médico acupunturista
Acupuntura e neuromodulação nos transtornos de humor
Paralisia cerebral - levantamento de literatura
Acupuntura na reabilitação de doenças neurológicas
Acupuntura em sequelas de AVC
Insônia
Transtornos Somatoformes e Acupuntura

10. Discussão

Estética, até aonde funciona? Acupuntura acelera o crescimento da criança? Dermatologia estética: laser x Acupuntura
Disfunção sexual masculina, uso de Sildenafil x Acupuntura Distonia: Botox x Acupuntura

11. Cinco Sentidos

Tratamento das afecções oculares com Acupuntura - Resultados
Xeroftalmia
Tratamento de vertigens pela Acupuntura
Xerostomia
Rinite
Apnéia/ hipopnéia do sono e Acupuntura, um estudo clínico
The Clinical Evaluation of Dry Eyes with the combination of Chinese Medicine (acupuncture) and Western Medicine

12. Dor Neuropática/ Dor

Herpes, Diabetes, SIDA
Acupuntura em dor neuropática
Dor, emoção, Acupuntura em 3D
Tratamiento de dolor agudo y cronico con la Acupuntura de Master Tung
Neuropatia diabética
Técnicas de analgesia utilizadas no Pronto-Atendimento de Acupuntura do HSP/UNIFESP
Tratamento de algias periféricas no Pronto-Atendimento pela técnica de YNSA

13. Urologia

Cistite crônica, Urgência miccional, Prostatite
Acupuntura na disfunção erétil
Cistite intersticial

14. Lesões Esportivas/ Medicina Esportiva

Dor de fratura por estresse
Lesões do ombro no esporte
Lesões do joelho no esporte
Síndrome do estresse tibial medial

15. Pneumologia/ Cardiologia

Asma

Melhora do desconforto respiratório na Asma e DPOC com a Acupuntura

Acupuntura e asma: Estudo clínico e experimental

Tratamento de precordialgia e cardialgias pela Acupuntura

Tosse Recorrente

16. Gastro - Intestinais

Síndrome do intestino irritável

Síndrome dispéptica

Doenças Inflamatórias do Intestino Grosso

Esofagites

Patologias anorretais (hemorróidas, fissuras e úlceras)

17. Discussão de Casos de Difícil Abordagem

Dor de fratura por osteoporose, como tratar?

Recuperação funcional na ruptura tendinosa do ombro, Glaucoma, Cefaléia crônica diária

18. Químio e Radioterapia

Acupuntura em oncologia e cuidados paliativos - Evidências

Hiperemese pós Quimioterapia

Retite pos RT

19. Workshops – 1h ou 2 ou 4 hrs

Balanço de 2 dragões/ Técnica de Transfixação

Técnicas avanzadas de diagnostico y tratamiento con la Acupuntura de Master Tung);

(incluye el sistema de sangria Acupuntural y diagnostico palmar de Master

Auricular acupuncture

Electroacupuncture: clinical application

Acupuntura coreana da mão

Lombalgias e lombocíalgias

“How to simplify the treatment by acupuncture of functional disorders” 60-90 minutes

Agulhamento seco na síndrome dolorosa miofascial: que músculos pensar em agulhar nos casos de dor no ombro e/ou cervicodorsal?.

Massagem da zona reflexa

20. I Encontro de residentes em Acupuntura

O que os estudantes de medicina pensam sobre a inclusão da Acupuntura no currículo médico na Universidade Federal do Ceará

Ensino da Acupuntura na FMUSP

New modern health approaches of traditional medicine in Taiwan. (acrescentar como é o ensino em Taiwan)

21. Como escrever um Trabalho Científico ou uma Pesquisa

Como escrever um trabalho científico

Ensaio clínico e randomizados na ACUPUNTURA

Sugestão de tipos de desenhos em pesquisa em ACUPUNTURA

Placebo e ACUPUNTURA ou tipos de placebos em ACUPUNTURA

Pesquisa científica em ACUPUNTURA

22. Obesidade

Eficácia da ACUPUNTURA na obesidade - Ensaio clínico

23. Acupuntura Escalpeana ou agulhamentos especiais ou pontos curiosos e uso disso nas clínicas particulares

ACUPUNTURA escalpeana de Wen

Pontos especiais do mestre Tung

24. Diversos

Temas institucionais – convênios

ACUPUNTURA e neuroplasticidade

Acupuntura e neuromodulação central

Técnicas avançadas de Acupuntura segundo a pulsologia tradicional chinesa.

Extrapoints reconhecidos pela OMS

O efeito da craniopuntura de Wen avaliado pelo índice de catastrofização

ACUPUNTURA em procedimentos cirúrgicos (vídeo)

Measurement of unbound geniposide in blood, liver, and bile of anesthetized rats: an application of pharmacokinetic study and its influence on acupuncture.

25. Mesa Redonda

O tratamento de doenças pela Acupuntura associada a outras terapias complementares

CONFERÊNCIAS

- 1. Why simplify the treatment by acupuncture of functional disorders? 30-45 minutes**
- 2. Ear-acupuncture on obese women.**
- 3. Cause of disease and diagnosis in the concept of TCM. (especificar em patologia específica, pex, ansiedade e depressão)**
- 4. Acupuncture on insomnia**
- 5. Research challenges and strategy in design acupuncture clinical trials**
- 6. Mechanism of acupuncture on inflammation**
- 7. Mechanism of acupuncture on persistent pain**

**Anexo 6 - Quantidade aprovada de procedimentos, valor aprovado, segundo procedimento de medicina chinesa.
Município de São Paulo, SP, 2010**

Nível de		Quantidade			
Complexidade	Procedimento	aprovada(R\$)	%	Valor aprovado	%
Atenção					
Básica	TOTAL	77.476.836	100,0%	0	0,0%
	101010044 - PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	24.326	0,0%	-	
Média					
Complexidade	TOTAL	93.457.720	100,0%	732.429.970,11	100,0%
	309050014 - SESSAO DE ACUPUNTURA				
	APLICACAO DE VENTOSAS / MOXA	4.153	0,0%	15.241,51	0,0%
	309050022 - SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS	67.007	0,0%	276.738,91	0,0%
	309050030 - SESSAO DE ELETROESTIMULACAO	1.110	0,0%	854,7	0,0%
Alta					
Complexidade	TOTAL	103.793.863		676.568.597,62	

Fonte: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/anexo3_relgestao.pdf - Tabnet

**Anexo 7 - Quantidade aprovada de procedimentos, valor aprovado, segundo procedimento de medicina chinesa.
Município de São Paulo, SP, 2007-2010**

Ano	Procedimentos	Quantidade Aprovada	%	Valor Aprovado	%
2007	TOTAL	225.626.574	100,0	1.219.510.726,88	100,0
	0710201-SESSAO DE ACUPUNTURA-APLICACAO VENTOSA/MOXA	560	0,0	280,00	0,0
	0710101-SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHA	7.671	0,0	28.766,25	0,0
	0710202-SESSAO DE ELETROESTIMULACAO	415	0,0	290,5	0,0
	0710301-PRATICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	8.504	0,0	-	0,0
2008	TOTAL	241.049.618	100,0	1.245.772.049,76	100,0
	0309050014-SESSAO DE ACUPUNTURA APLICACAO DE VENTOSAS / MOXA	5.389	0,0	18.056,02	0,0
	0309050022-SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS	32.055	0,0	121.470,51	0,0
	0309050030-SESSAO DE ELETROESTIMULACAO	712	0,0	500,22	0,0
	0101010044-PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	20.313	0,0	-	0,0
2009	TOTAL	276.874.706	100,0	1.430.108.390,98	100,0
	0309050014-SESSAO DE ACUPUNTURA APLICACAO DE VENTOSAS / MOXA	4.411	0,0	16.188,37	0,0
	0309050022 SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS	47.181	0,0	194.857,53	0,0
	0309050030-SESSAO DE ELETROESTIMULACAO	628	0,0	483,56	0,0
	0101010044-PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	22.240	0,0	-	0,0
2010	TOTAL	279.955.758	100,0	1.450.330.628,20	100,0
	0309050014-SESSAO DE ACUPUNTURA APLICACAO DE VENTOSAS / MOXA	4.153	0,0	15.241,51	0,0
	0309050022-SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS	67.007	0,0	276.738,91	0,0
	0309050030-SESSAO DE ELETROESTIMULACAO	1.110	0,0	854,7	0,0
	0101010044-PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	24.326	0,0	-	0,0

Fonte: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/anexo3_relgestao.pdf - Tabnet