

Universidade Federal de Pernambuco

Leila Massière

A significação da Acupuntura no Brasil
Percalços de uma Ecologia de Saberes no ensino de saúde
e seus reflexos na profissionalização

Recife
2011

Leila Massière

**A significação da Acupuntura no Brasil
Percalços de uma Ecologia de Saberes no ensino de saúde
e seus reflexos na profissionalização**

Dissertação apresentada para obtenção do
grau de Mestre do Programa de Pós-
Graduação em Sociologia da UFPE

**Orientador: Paulo Henrique Martins
Co-orientadora: Silke Weber**

**Recife
Abril de 2011**

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva CRB-4 1291.

M417s Massière, Leila.
A significação da acupuntura no Brasil : percalços de uma ecologia de saberes no ensino de saúde e seus reflexos na profissionalização / Leila Massière. - Recife: O autor, 2011.
147 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof. Dr. Paulo Henrique Martins.
Co-orientador: Profª. Dra. Silke Weber.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2011.
Inclui bibliografia e anexos.

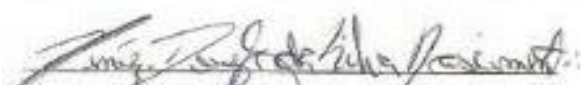
1. Sociologia. 2. Medicina chinesa. 3. Acupuntura - Brasil. 4. Prática médica. I. Martins, Paulo Henrique (Orientador). II. Weber, Silke (Co-orientadora). III. Título.

301 CDD (22.ed.)


UFPE (CFCH2011-78)

Ata da Sessão de Defesa de Dissertação de LEILA MASSIÈRE CARNEIRO do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.

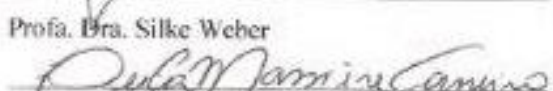
Aos trinta dias do mês de maio do ano de dois mil e onze, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os membros da Comissão designada para a **Defesa de Dissertação de LEILA MASSIÈRE CARNEIRO**, intitulada: **A significação da Acupuntura no Brasil: Peralços de uma Ecologia de Saberes no ensino de saúde e seus reflexos na profissionalização**. A Comissão foi composta pelos Professores: **Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (Presidente/Orientador)**; **Prof. Dr. Alexandre Simão de Freitas - Titular Externo (PPGE/UFPE)**; **Profa. Dra. Silke Weber – Titular Interna (PPGS/UFPE)**. Dando início aos trabalhos, o **Prof. Dr. Paulo Henrique Martins** explicou aos presentes o objetivo da reunião, dando-lhes ciência da regulamentação pertinente. Em seguida, passou a palavra à autora da Dissertação, para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua arguição, seguindo-se a defesa da candidata. Ao final da defesa, a Comissão Examinadora retirou-se, para em segredo deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retornar, o **Prof. Dr. Paulo Henrique Martins**, presidente da mesa e orientador da candidata, solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, com a decisão da Comissão **aprovando a Dissertação por unanimidade, com indicação para publicação**. E, nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada por mim, secretário do Programa, pelos membros da Comissão Examinadora e pela candidata. Recife, 30 de maio de 2011.


Vinicius Douglas da Silva Nascimento – Secretário


Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque


Prof. Dr. Alexandre Simão de Freitas


Profa. Dra. Silke Weber


Leila Massière Carneiro

Dedicatória

Aos alunos e pacientes da Shen – Estudos de Medicina Chinesa,
fonte de inspiração e principal motivação para a realização deste trabalho.
Por me fazerem crescer, crescem comigo.

Aos que sabem quando procurar e onde encontrar um bom acupunturista.
Mas, principalmente, aos que ainda não.

Aos que se percebem parte da teia entrelaçada da vida no planeta.
E que, ao assim se perceberem, cuidam de si e do todo.
E que, por isso mesmo, prescindem de médicos ou de acupunturistas.
Mas, principalmente, aos que ainda não.

Agradecimentos

À minha mãe Cely e ao meu pai Nelson

Ela, por me fazer acreditar que é sempre possível.

Ele, pelo imenso prazer da companhia ao longo do aprendizado da Medicina Chinesa.

Ao meu orientador Paulo Henrique Martins, que afeito às dádivas, me incentivou generosamente desde o primeiro instante. Devo-lhe esta. Ao mesmo Paulo Henrique Martins, que desafeito às hierarquias e subalternidades, apresentou-me a teoria pós-colonial e tornou-se meu amigo.

À cada um dos entrevistados que, como eu, apaixonaram-se pela acupuntura em algum momento de suas trajetórias e hoje lutam por suas crenças, na defesa de seus ideais.

Que esta luta possa rapidamente se tornar avença, florescendo nos mais amplos benefícios aos usuários.

À minha co-orientadora, Silke Weber, e a todos os professores e colegas do Programa de Pós Graduação em Sociologia, pela imensa competência e por terem tolerantemente me recebido, estranha no ninho, até que de fato pudesse me sentir entre os meus.

À inspiradora Madel Luz, e à Marilene e Maria Inês (NASCIMENTO e NOGUEIRA, respectivamente), que saíram das referências bibliográficas para pessoalmente apontar um interessante caminho a seguir.

Ao Dr. Gustavo Queiroz e ao Prof. José Raimundo Facion, sem os quais não teria sido possível manter vivo o sonho de ensinar esta arte.

À Geane e Jussara (braços direito e esquerdo), e aos professores da Shen, por minimizarem os efeitos de minha ausência enquanto me dedicava a esta empreitada.

Aos amigos, que tornam a trajetória imensamente agradável, em especial Dani Munafó, a às primas Cláudia e Fernanda, pela carinhosa acolhida nos ‘campos’ paulistas e cariocas.

Ao Saulo, por me fazer querer parar.

Ao CEBB (Centro de Estudos Budistas Bodisatva), por me fazer saber quando parar, mas principalmente, por não me deixar esquecer o porquê do fazer.

Ao povo chinês, que compartilha conosco seus saberes mais preciosos.

Ao povo brasileiro, que recheia com seu afeto tais saberes.

RESUMO

A ampliação do uso da acupuntura no Brasil acirra a disputa pelo direito de exercer a profissão, principalmente quando, após a comprovação científica de sua eficácia, a classe médica passa a pleitear a exclusividade da prática. Contudo, nos moldes da ciência ocidental pouco se sabe acerca de seus mecanismos de atuação. Tal lacuna vem sendo preenchida por um discurso que substitui o arcabouço teórico da medicina tradicional chinesa da qual a acupuntura se origina por alterações bioquímicas e neurológicas provocadas pelas agulhas. Para perceber diferenças entre os significados difundidos, voltamos o foco deste estudo para as instituições de ensino: comparamos os conteúdos programáticos de diversos cursos e o significado atribuído à acupuntura por seus coordenadores. Pudemos constatar que apesar da racionalidade médica chinesa ocupar a maior parte da carga horária de todos os cursos, os médicos exclusivistas buscam subordinar a acupuntura à racionalidade médica ocidental através de discursos científicos. Tal contradição faz emergir interesses ocultos: colonizar conhecimentos oriundos de universos culturais distintos capazes de desafiar a hegemonia da medicina ocidental contemporânea e da própria ciência moderna. O desvio no processo de tradução, que distorce o próprio conceito de acupuntura, traz implicações diretas tanto para os resultados dos tratamentos quanto para os rumos da profissionalização.

Palavras chave: *Sociologia das Profissões. Teoria pós-colonial.*

ABSTRACT

In Brazil, due to the popularity and proved scientific effectiveness of acupuncture, the dispute for the right to work with it has become more belligerent and it has led to a situation that physicians are pleading the exclusiveness of the practice. However, little about its action mechanism is known, at least along the lines of western science. Such lack of information has been fulfilled by a discourse in which biochemical and neurological alterations are shown as explanations for its results, replacing the theoretical framework of chinese medicine, from which acupuncture is originated. To analyze the differences between the meanings given to acupuncture, this study focus on training institutions, comparing their syllabi and how coordinators mean it. We realize that, despite the amount of chinese medical rationality in the syllabi, physicians urge to subordinate acupuncture to occidental medicine by using scientific discourses. This contradiction brought out hidden interests: to colonize distinct cultural knowledge that might dare the hegemony of modern occidental medicine and modern science itself. The misinterpretation brings on implications not only in treatment results but also to acupuncture professionalization.

Keywords: *Sociology of Occupations. Postcolonial Theory.*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	10
I.1- Origens da acupuntura	10
I.2- A expansão da acupuntura no Ocidente.....	13
I.3- A acupuntura no Brasil.....	15
I.4- Racionalidades Médicas e Ecologia de Saberes	22
CAPÍTULO 1 - Escola: primeira instância de significação	26
1.1- Aspectos metodológicos	29
1.1.1- O papel do pesquisador e a perspectiva do observador	30
1.1.2- Construção do Corpus	33
1.2- O lugar do discurso: apresentação das instituições e seus coordenadores	34
1.3- Programas de formação: aspectos gerais	42
1.4- Reflexos das significações na elaboração dos programas.....	46
1.4.1- Terapêutica: confusão entre acupuntura e medicina chinesa (MC)	47
1.4.2- O discurso neurofuncional na ocultação das dimensões cosmológica, morfológica e fisiológica da racionalidade médica chinesa (RMC)	53
1.4.3- Doutrina Médica e Diagnose: consequências da subordinação no itinerário terapêutico	61
CAPÍTULO 2 – Resistência à colonização da acupuntura	70
2.1- O colonizador e suas armas: medicina ocidental e a produção científica de ausências	70
2.2- A ciência e o lugar da acupuntura: percalços de tradução	74
2.3- Pilares da resistência: Ecologia de saberes no horizonte da transição paradigmática	77
2.4- ‘Acupuntura Médica’ na trincheira entre paradigmas.....	82
2.5- Diagnóstico: última fronteira entre discursos colonizadores e pensamentos ecológicos.....	85
2.6 - Os benefícios de um itinerário ecológico e os entraves da trégua.....	90
CAPÍTULO 3 - Reflexos da significação nos rumos da profissionalização	95
3.1- Questões políticas nos (des)caminhos da profissionalização	98
3.2- Ecologia ou colonização de saberes: implicações da formação no alcance da acupuntura	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXO A – Programa das Instituições Pesquisadas	128
ANEXO B – Roteiro de Entrevista semi-estruturada	133
ANEXO C – Currículo mínimo dos cursos técnico em acupuntura	135
ANEXO D – Programa da Especialização do Colégio Médico de Acupuntura	136
ANEXO E – Prova de Título do Colégio Médico de Acupuntura - Conteúdo Programático ..	145
ANEXO F – Requisitos Mínimos - Programas de Residência Médica em Acupuntura	146

APRESENTAÇÃO

A Acupuntura desembarcou por estas terras quando, ainda em 1812, chegaram chineses para trabalhar nas plantações de chá do Jardim Botânico e da Fazenda Imperial de Santa Cruz, no Rio de Janeiro, trazendo consigo a sua medicina (YANG, 1995). Depois deles vieram os japoneses (1908) e os coreanos (1963), que também se cuidavam com ela (NASCIMENTO, 1997).

De lá para cá, ao longo destes já idos 200 anos, a acupuntura foi se aclimatando, tomando cores daqui. De início, rejeitada e perseguida, seguiu sendo tecida por ciência e por magia, e hoje, seja o que for, definitivamente é. Conquista paulatinamente seu lugar junto a este povo que a acolhe na medida em que nela encontra solução para muitas de suas mazelas. Praticada por artífices ou PhDs, pode ser encontrada nos mais remotos cantos deste território, mesmo que ainda em pequena escala: a ela recorrem abastados, desprovidos, céticos, evangélicos, doentes e os que ainda não o são.

De panacéia mística chegou à especialidade médica. Consta logo na primeira linha do livro de especialidades de qualquer convênio de saúde, o que embora possa parecer uma grande vantagem, há controvérsias. É certo que é um posto impensável para uma terapia que até tão pouco tempo era não mais que uma alternativa, à qual se podia recorrer em último caso, afinal, a esperança é a última que morre, mesmo porque se não mata, engorda. Pena que dói um pouquinho... O fato é que, recém-sáida da margem, passa ao centro de uma disputa feroz que envolve todo o pensar da saúde em nosso país, e se reflete em uma indefinição: afinal, quem pode exercê-la?

A resposta a esta questão passa pela própria definição de acupuntura. Podemos dizer que a acupuntura vem passando por um processo de hibridação no qual interações sociais extremamente complexas fazem com que assuma diferentes formas. Este estudo busca analisar os diferentes significados atribuídos a ela e compreender como cada significado influencia na forma de praticá-la e no próprio percurso da acupuntura rumo à institucionalização.

Nosso foco volta-se para as instituições de ensino, que surgem como as grandes disseminadoras de significado, promovendo a cada ano a formação de um grande número de acupunturistas. A concepção de acupuntura por parte dos profissionais formados em cada instituição determina sua maneira de abordar os pacientes e o tipo de

atendimento que oferecem, ampliando a disseminação dos significados rumo à formação de um senso comum.

Introduziremos o tema com informações necessárias sobre as origens da acupuntura na China e sua expansão pelo mundo, seguidas de aspectos gerais do campo da acupuntura no Brasil e dos principais marcos históricos de sua inserção na sociedade brasileira. Lilian Jacques (2003) e Eduardo Souza (2008) oferecem subsídios para a primeira parte, enquanto Marilene Nascimento (1997 e 2006) traz uma ampla contextualização da acupuntura no Brasil, esmiuçando com seu olhar crítico os aspectos culturais, sócio-econômicos, jurídicos e políticos envolvidos. Faremos uma atualização deste histórico, trazendo os fatos dos últimos quatro anos.

No Capítulo 1 analisamos o discurso dos coordenadores quanto ao significado que atribuem para a acupuntura, verificando o reflexo de suas percepções nos programas dos cursos de formação. A perspectiva de Erving Goffman (1974) fornece ferramentas para a análise do discurso de tais coordenadores a partir de ‘enquadres’, que os situam em relação à categoria à qual pertencem, às instituições que representam, ao cargo que nelas ocupam e aos processos sociais maiores em que se inserem. Desta forma é possível identificar interesses ocultos por detrás de cada significado difundido.

A categoria ‘racionalidade médica’ criada por Madel Luz (1997) permite a comparação entre sistemas médicos complexos, simbólica e empiricamente estruturados, conceito fundamental para a análise das diferentes significações para acupuntura disseminadas pelas escolas.

A teoria pós-colonial fornece conceitos como os de deslizamento de significados e hibridização cultural, que auxiliam na compreensão do processo pelo qual vem passando a acupuntura: Homi Bhabha (1994), Stuart Hall (2003) e Arturo Escobar (2009) discutem como práticas que surgem em muitas matrizes culturais e temporais podem interagir de maneira dinâmica. Boaventura Santos (2008) fornece importantes ferramentas para análise, apontando para as peculiaridades do processo de tradução de saberes e práticas (como a medicina tradicional chinesa e a acupuntura) para um universo cultural distinto.

No Capítulo 2, seguindo a proposta de uma sociologia de ausências e emergências de B. Santos (1988) discutiremos de que maneira a lógica da relação colonial se perpetua na hierarquização de saberes com base em referenciais eurocentristas. A abordagem pós-colonial constrói sua crítica ao processo de produção do conhecimento científico enquanto tentativa de colonização: evidencia que toda enunciação vem de

algum lugar e atende, portanto, aos interesses de quem enuncia. Ao privilegiar modelos e conteúdos próprios àquilo que se definiu como cultura nacional dos países europeus, a ciência reproduz em outros termos a lógica da relação colonial (COSTA, 2006), provocando um efeito de ocultação e descrédito sobre todo o tipo de conhecimento empírico, que não consegue ser processado enquanto conhecimento científico válido pela racionalidade ocidental dominante.

Nos itens 1 e 2 tratamos da ‘cientificidade’ da acupuntura, incluindo os estudos Pierre Bourdieu (1983) e Tomas Kuhn (1978) sobre o campo da ciência e a origem dos conflitos na evolução científica dentre nossos referenciais teóricos. Nos itens seguintes investigamos como a acupuntura se ancora para resistir à colonização. Paulo Martins (2003) oferece suporte para ancorar a abordagem pós-colonial sobre ciência no contexto da saúde, trazendo uma discussão relacional entre os modelos médicos. Segundo ele, a ruptura no campo médico oficial tem se realizado de forma progressiva, na medida em que a clínica médica falha em dar respostas à complexidade das novas doenças sociais e urbanas. Isso fornece as bases para que o que Colin Campbell (1997) chamou de processo de ‘orientalização do ocidente’ chegue ao campo da saúde, numa exportação da visão oriental de humanidade como parte da entrelaçada da teia de vida espiritual e sensitiva.

Segundo Eliot Freidson (1988) a formação está no centro das estratégias profissionais, definindo qualificações e identidades. No Capítulo 3 refletiremos sobre como os grupos profissionais se articulam em busca de legitimação, controle e autonomia sobre seu trabalho com base nas diferentes significações. O conceito de ‘campo’ de Pierre Bourdieu (1983) fornece subsídio para observar em que posições os agentes se encontram, em torno de que interesses e com que poder real de efetivar ações e impor o significado que mais lhes convém.

A significação da acupuntura pode contribuir positiva ou negativamente para o avanço das reformas necessárias ao setor de saúde, motivando ou cerceando a expansão de seu uso e influenciando não só no modelo de políticas públicas, quanto nos resultados da disputa por regulamentação. Em suma, discute-se a legitimidade e autonomia da acupuntura enquanto forma de tratamento, o que certamente influirá na autonomia de outros saberes oriundos da experiência, na autonomia destes profissionais no mercado de trabalho e na própria autonomia do paciente em escolher a forma pela qual e por quem deseja ser cuidado.

INTRODUÇÃO

I.1 - Origens da acupuntura

Segundo Unschuld¹ (1985, apud SOUZA, 2008), a medicina chinesa tem suas origens nos primórdios da própria civilização chinesa. A história da China costuma ser apresentada em dinastias, porém devido à antiguidade dos fatos, as primeiras delas tornam-se lendárias, como a dinastia Xia (Hia) que pode não ter existido e remontaria ao ano 4500 a.C. Deste período seria o primeiro nome da história da medicina chinesa (MC): Fou Hi (2953 a.C.) teria iniciado o cozimento dos alimentos. Em seguida o imperador Cheng Nong (2838 a.C.) haveria promovido o cultivo de cereais e o uso de plantas que conservavam a saúde ou curavam doenças, diferenciando as plantas tóxicas das plantas benéficas e testando em si mesmo seus efeitos (BEAU, 1982).

Na dinastia SHĀNG (1751 a 1112 a.C.) os chineses descobriram que pedras ou terra quente envolvida em casca ou pele de animais contribuía para aliviar mal-estar no corpo, e o aprimoramento desses métodos levou às técnicas de compressa quente e à moxibustão. Já a acupuntura teria surgido do manuseio de ferramentas feitas de pedra: notaram que a dores de uma dada parte do corpo era aliviada quando outra parte era picada por tais ferramentas ou por espinhos. Hieróglifos do período mostraram as evidências de tais práticas (SUVOW, 1998).

Durante este período e também na dinastia subsequente (ZHŌU, de 1112 a 249 a.C.), a MC baseou-se em um paradigma mágico ritualístico, onde as questões de saúde eram trabalhadas exclusivamente no âmbito da espiritualidade (Figura 1).

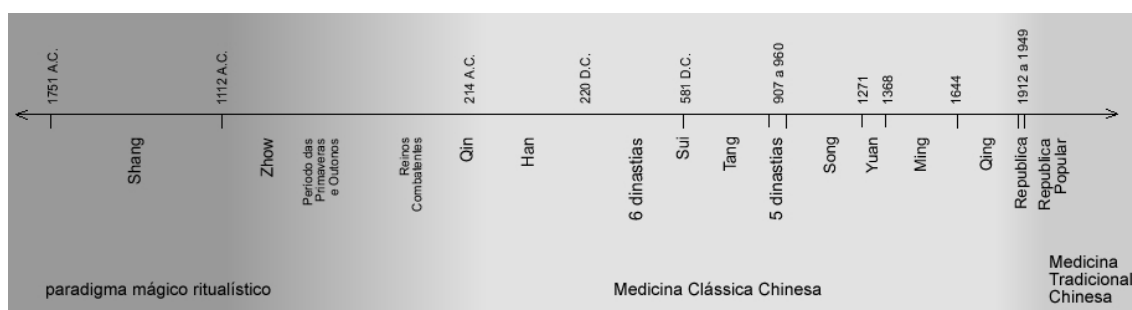


Figura 1 – Paradigmas-base da medicina chinesa ao longo da história.

¹ UNSCHULD, P.U. **Medicine in China: a history of ideas**. Berkeley: University of California Press, 1985.

O modelo seguinte começa a ser gerado ainda em 500 a.C. e demandou cerca de 600 anos em sua constituição. Durante o período dos Reinos Combatentes, emerge uma “filosofia natural chinesa”, que segundo Unschuld (1985, apud SOUZA, 2008), evidencia o caráter qualitativo da ciência chinesa: conceitos como Qi, Yin Yang e Wu Xing (cinco fases) formam um novo alicerce para a visão de saúde, que passa a se basear numa percepção sobre as leis naturais². Sacerdotes começam a se diferenciar de terapeutas e as observações de filósofos como Lao Tsé e Confúcio forneceram bases estruturantes para o novo pensamento. Ao primeiro atribui-se o livro Tao Te King, que descreve como deve ser a presença do homem neste universo, utilizando-se de termos como Tao, Wu Wei, Yin e Yang³, enquanto o segundo, em uma abordagem sobre adequação às normas sociais, forneceu a noção de moderação, à qual se agregou hábitos de saúde referentes à higiene, regularidade de sono e de trabalho, preparo de alimentos e consumo de álcool (SOUZA, 2008).

Também neste período constata-se as primeiras elaborações teóricas acerca dos Jing Luo (canais de circulação de Qi, que se popularizaram como meridianos), explicando as dinâmicas vitais nos estados de saúde ou enfermidade. Foram sistematizadas formas de influenciar tal dinâmica, como exercícios físicos para nutrir a vitalidade, uso da moxabustão, dos fármacos ou de agulhas. Seguem-se as noções de Zang Fu (órgãos e vísceras) e de como são influenciados por fatores como o clima as emoções (fatores patogênicos externos e internos, respectivamente), além dos primeiros registros de diagnose através das noções de frio e calor, relacionadas à teoria do Yin e do Yang (ibid.).

Até que na dinastia Han dois livros compilam todos estes saberes acumulados: o Livro do Imperador Amarelo (Huangdi Nei Jing) e o Clássico das Dificuldades (Nan Ching), que serão considerados os cânones da medicina clássica chinesa. Unschuld

² Chamamos aqui a atenção para alguns problemas de tradução de termos da língua chinesa. Em primeiro lugar, a escrita é feita em ideogramas e a tradução dos mesmos passam primeiro por uma transliteração fonética para o alfabeto latino - o chamado pinyin (som soletrado), que será utilizado neste trabalho. Porém, os fonemas muitas vezes não possuem correspondentes exatos em nossa língua, não podendo ser adequadamente transpostos. Além disso, os ideogramas se constituem mais em conceitos que em palavras, o que faz com que qualquer tradução em uma única palavra converta-se numa simplificação. Não sendo a precisão de conceitos o ponto central deste trabalho, podemos nos abster dos ideogramas para proporcionar maior dinâmica à leitura, alertando quanto às perdas desta escolha. Mas optamos por usar a tradução em pinyin ao invés das traduções que se popularizaram no ocidente, posto que do contrário estaríamos contribuindo com a perpetuação de graves erros de tradução que acabam por comprometer a autonomia deste saber. Notas explicativas sobre conceitos serão introduzidas quando necessário e alguns deles serão explicados na sessão sobre cosmologia chinesa (ver p. 58)

³ Wu Wei significa agir sem intenção, de maneira não premeditada e totalmente espontânea. Os demais termos, devido à sua importância para o tema, serão abordados com mais detalhes no item 1.4.2.

(1985, apud SOUZA, 2008) identifica as bases do novo paradigma na correspondência entre sistemas: as doutrina do Yin e Yang e do Wu Xing (cinco fases) fornecem referências para categorizar as coisas – sejam do mundo, seja do corpo – e perceber que coisas pertencentes à mesma classe ou categoria se influenciam. A cada fase se associa um Zang Fu (órgão ou víscera) e respeitando as leis que regulam a relação entre as fases, a saúde se mantém. Quando há ruptura, o sistema entra em desequilíbrio e ocorre a doença.

O novo paradigma torna-se hegemônico e durante aproximadamente dezessete séculos segue se desenvolvendo: são aprimorados os aspectos fisiológicos, associando a cada fase dois pares de canais energéticos, elaborados mapas de pontos para atuação terapêutica e descritas suas funções. São aprimorados os recursos para intervenção, como a acupuntura, moxabustão e ingestão de ervas e outras substâncias, que se propagam por diversas escolas, que por sua vez enfatizavam diferentes aspectos de tais práticas médicas. Neste período, a medicina clássica chinesa se disseminou pela Ásia, principalmente para o Japão, a Coreia e o Vietnã, onde outras escolas se desenvolveram, com suas especificidades (SOUZA, 2008).

O período imperial termina com a instauração da República da China (1912 a 1949), durante a qual o país sofreu forte influência da cultura ocidental. Segundo Jacques (2003, p.27) “a postura da elite intelectual na nova República da China foi de abandono da cultura tradicional. O confucionismo foi substituído pelo marxismo, que reivindicou o status de teoria social científica. A doutrina do Yin/Yang e o conceito de Qi foram rejeitados em nome da ciência moderna”, que passa a ser valorizada caracterizando um processo de modernização. A medicina clássica passou a ser vista pelos dirigentes como um conjunto de crenças supersticiosas, chegando a ser banida a partir de 1927 no governo de Chiang Kai-shek que introduziu um modelo ocidental de medicina no país.

No entanto tal modelo não foi capaz de atender às necessidades de assistência à saúde da população. Em 1937 existiam apenas setenta e sete centros de saúde e cento e quarenta e quatro unidades de tratamento rurais, numa nação de duas mil cidades e cem mil aldeias. Este quadro se agravou ainda mais durante a Segunda Guerra Mundial, ao fim da qual as instituições da sociedade chinesa estavam em ruínas (ibid.).

Porém, após a revolução comunista de 1949 o governo de Mao Tsé-Tung inicia um movimento no sentido de resgatar parte da cultura tradicional criando uma síntese com a ciência e os valores modernos. Assim nasce a chamada ‘medicina tradicional

chinesa', um sistema homogêneo que rapidamente se torna hegemônico devido à intervenção do Estado em sua institucionalização: “escolas de medicina tradicional com currículo padronizado que incluíam as disciplinas básicas das ciências biomédicas, além de farmacoterapia tradicional e acupuntura, foram estabelecidas, a partir de 1950” (JACQUES, 2003, p.28), em busca de atender às demandas de saúde coletiva do país.

Desde 1980 o Estado chinês adota a chamada “Política das Três Vias” apoiando o livre desenvolvimento da medicina tradicional ao lado da medicina científica, e também o desenvolvimento da medicina integrada - uma combinação entre os dois sistemas. De acordo com o Instituto de Informação em Medicina Tradicional Chinesa⁴, em 1993 haviam 2.457 hospitais especializados em medicina tradicional chinesa e 39 hospitais integrados, distribuídos por 75% dos municípios do país. Em 95% dos hospitais gerais da China estão presentes departamentos de medicina tradicional chinesa.

I.2 - A expansão da acupuntura no Ocidente

Apesar das primeiras referências ao uso da MC na Europa datarem do século XVII, o mais importante marco para sua consolidação deu-se em 1917, quando George Soulié de Morant, diplomata francês que viveu na China por 20 anos, retornou à França. Como dominava o mandarim, escreveu sobre vários aspectos da cultura chinesa, mas seu interesse pela acupuntura foi notável, tornando-o o grande divulgador deste método de tratamento no ocidente, até seu falecimento em 1955 (JACQUES, 2003).

Porém a divulgação do método tornou-se mais intensa após a reportagem de James Reston no New York Times, em 1971, sobre sua experiência com acupuntura para controle de dor pós-cirúrgica, num hospital de Pequim. Outro fator determinante para a expansão da acupuntura pelo mundo foi o reestabelecimento das relações diplomáticas entre China e Estados Unidos, que facilitou a entrada de estrangeiros no país: nos anos 70, médicos de vários países estudaram em programas de um a três meses na China, patrocinados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (ibid).

Além disso, durante toda a década observou-se uma tendência mundial de utilização de práticas alternativas em saúde, processo estimulado pelo movimento

⁴ Disponível em <<http://www.cintcm.ac.cn/general-e.html#ge-1>> Acesso em 20/11/2010.

americano de contracultura em uníssono com os movimentos europeus feministas, ambientalistas e pacifistas. Nos centros urbanos deu-se a proliferação de farmácias e lojas de produtos naturísticos e a grande imprensa abordava com frequência as práticas terapêuticas não convencionais (NASCIMENTO, 1997).

A postura da OMS foi determinante para que esta demanda popular se refletisse em políticas públicas por todo o mundo. Desde a segunda metade da década de 1940, a OMS vem promovendo mudanças no conceito de saúde, que deixa de significar apenas a ausência de doenças e passa a ser uma ideia mais ampla de bem-estar físico, mental e social (SPINK, 2003). Tal conceito está em consonância com muitos modelos alternativos de saúde, o que contribuiu para a quebra do monopólio da classe médica sobre o campo e promove a multidisciplinaridade na composição das equipes de saúde.

Em 1979 a própria OMS publicou, com base em observações empíricas, uma lista de mais de quarenta alterações de saúde para as quais o tratamento por acupuntura foi julgado eficiente e em 2002 apresentou um relatório definindo estratégias para regulamentação das medicinas tradicionais ou paralelas em todo o mundo, de modo a torná-las mais seguras, acessíveis e viáveis, ao mesmo tempo em que busca proteger e preservar tais conhecimentos tradicionais (WHO, 2002). Na Figura 2 podemos identificar os países em que se verifica a prática da acupuntura.



Figura 1: Países em que se verifica a prática de acupuntura
Fonte: WHO - World Health Organization. Traditional Medicine Strategy: 2002-2005.

Apesar dos resultados positivos obtidos pela medicina tradicional chinesa, desde Soliè de Morant os acupunturistas defrontaram-se com a incredulidade da comunidade científica em relação a essa técnica. O fato de Morant não possuir formação médica contribuiu para a reação negativa da comunidade médica ocidental ao se deparar com a expansão de uma prática tão diferente e cujos princípios eram tão fugidios à

racionalidade ocidental. Os termos próprios da medicina tradicional chinesa, como Qi e Jing Luo, traduzidos por Morant como “energia” e “meridianos”, não eram compreendidos pelos médicos europeus, o que fez com que fosse acusado de prática ilegal da medicina pela Ordem dos Médicos da França (FROIÓ, 2006). Morant foi inocentado da acusação, mas podemos detectar aí o embrião de grandes embates nos diversos países, posto que a penetração da acupuntura esbarra em problemas relativos à

legislação e à regulação de produtos da farmacopéia chinesa, a regulação das práticas terapêuticas, a educação, formação e licença para profissionais, a investigação e o desenvolvimento da segurança, eficiência e qualidade do serviço, [além] da cobertura de custos por parte da seguridade social, estratégias de informação e conscientização acerca dos serviços (ibid., p. 44).

Apesar da polêmica, a OMS defende a ampliação de seu uso por profissionais autônomos devidamente treinados, principalmente em países com poucos recursos para a saúde (WHO, 1999). A partir de 1980, a entidade estendeu os programas de estudos na China para outros acupunturistas (e não apenas médicos) e hoje muitas escolas ocidentais possuem convênios com escolas chinesas, onde os alunos participam de programas de extensão para aprimorar conhecimentos em medicina tradicional.

I.3 - A acupuntura no Brasil

Segundo Moraes (2007), a história da acupuntura no Brasil pode ser subdividida em quatro ondas. Na primeira, chamada pré-institucional, a acupuntura ficou restrita ao âmbito familiar dos imigrantes orientais, e sua prática era transmitida de pai para filho de maneira não sistematizada.

Em 1958 houve um marco que delimita o início da segunda onda, instaurando-se o confronto na busca de legitimação. Neste ano Frederico Joseph Spaeth, um luxemburguês sem formação em medicina, dá início ao ensino da acupuntura para ocidentais no país: a ABA – Associação Brasileira de Acupuntura – fundada por ele é a primeira escola de acupuntura do Brasil. As turmas se deram inicialmente em São Paulo e no Rio de Janeiro. Seus alunos eram profissionais de saúde em geral (fisioterapeutas, biomédicos, psicólogos, além de alguns médicos), e juntamente com Spaeth deram início à busca de oficialização para a profissão, cuja representação social ainda se dava em torno do exotismo, da credence e do charlatanismo, imagem difundida em especial

pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), principalmente através de reportagens em jornais da época (NASCIMENTO, 1997).

Porém aos poucos a cultura brasileira foi se mostrando favorável a aceitação de novas perspectivas de saúde: a tradição popular do país atribui significativa importância a aspectos espirituais na determinação do adoecimento e tem grande apreço pelos recursos naturais de cura (NASCIMENTO, 1998; LUZ, 1997). A década de 70 apresenta o contexto sócio-cultural necessário para a popularização da técnica: a procura crescente reflete uma generalizada insatisfação com a medicina oficial.

Tal movimento não foi considerado pela classe médica como um legítimo anseio social por outra abordagem face ao adoecimento, e sim como um ato de fé ou de desinformação (MARTINS, 2003). Durante este período a medicina ocidental permanece rejeitando a acupuntura sem que tivesse realizado quaisquer estudos para verificar a sua eficiência e os princípios em que se apóia, limitando-se a descrevê-la como algo exótico.

Porém, respaldado pela recomendação da acupuntura pela OMS, pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), o movimento de oficialização liderado por Spaeth consegue estabelecer junto ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) a ocupação de acupunturista na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), em 1977 - marco inicial da institucionalização da acupuntura no país. O CBO define que o acupunturista necessita de curso técnico de nível médio para exercer suas atividades (BRASIL, 2002), o que fomentou a proliferação de cursos de formação a este nível. Tais cursos continuaram sendo freqüentados também por médicos, que chegam a responder a sindicâncias e processos éticos impetrados pelo CFM.

Estas são as bases iniciais da terceira onda, a de institucionalização. Na década de 80, em função do processo de redemocratização política em curso, o Estado tornou-se sensível aos movimentos sociais e às demandas da sociedade civil, que passam a ser ouvidos, norteados as políticas públicas. No tocante à saúde esses movimentos foram de uma intensidade inédita: movimentos organizados da sociedade civil, associações comunitárias, ONGs e a própria demanda social por serviços públicos pressionaram por uma 'abertura' para as medicinas ditas alternativas, que foram inseridas em diversas unidades de assistência à saúde (LUZ, 1997). O novo conceito de saúde da OMS foi incorporado à Constituição Federal de 1988, servindo de embasamento para a legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Este fato ampliou diretamente o

número de áreas de atuação para as novas profissões e possibilitou a criação de equipes multidisciplinares de saúde sem relação de subordinação entre médicos e demais especialistas, universalizando a noção de complementaridade entre as diferentes profissões de saúde e favorecendo a ruptura da hegemonia médica (SPINK, 2003).

Neste período, os acupunturistas passam a se reunir em congressos nacionais onde discutem e reivindicavam a regulamentação e a fiscalização da profissão, assim como sua inserção na rede de hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (NASCIMENTO, 2006). O grupo era heterogêneo, composto por profissionais de origens diversas, como fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas naturais e médicos, além de profissionais formados em acupuntura fora do país.

Porém duas propostas começaram a dividir a categoria: alguns médicos começam a pleitear a exclusividade do exercício da acupuntura, enquanto os demais defendiam seu exercício também por não médicos, desde que devidamente habilitados. Em 1984 um grupo de médicos descontentes com a proposta da ABA para a regulamentação da prática da acupuntura, se desvincula do grupo para fundar a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA) (ibid.).

A partir deste momento, os discursos se estruturam em torno de dois eixos: a ABA alegava que a formação em medicina não asseguraria a competência para a prática da acupuntura, já que os conteúdos de tais formações em nada se assemelham, sendo necessária uma formação específica; a SMBA argumenta acerca dos riscos da acupuntura praticada por não médicos, como a contaminação por AIDS ou hepatite, problemas com esterilização de materiais ou lesões de órgãos vitais.

Tal polêmica interferiu diretamente na inserção da acupuntura nos serviços públicos da época, restando várias iniciativas propostas pelos órgãos competentes no sentido de atender às demandas da população e às recomendações da OMS. O projeto INAMPS previa a adoção da acupuntura em âmbito nacional, exercida por médicos e técnicos e contava com o apoio de ocupantes de cargos importantes do setor de saúde, como o então presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro, e o ex-ministro da Previdência, Waldir Pires. Porém o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu um parecer recomendando sua sustação enquanto não se dispusesse de legislação reguladora da formação dos profissionais e métodos de controle de aplicação da acupuntura (ibid).

No parecer supracitado, o CFM rejeita a acupuntura como atividade médica válida, pois considerava que tal terapêutica baseava-se em princípios energéticos, sem

nenhuma semelhança real com a medicina ocidental. De acordo com Abbott (1988) a jurisdição se define como o laço que se estabelece entre um grupo profissional e a área de conhecimento sob seu controle, conquistada como resultado de suas inter-relações com os demais grupos. Isto traz o aspecto conflituoso para os processos de profissionalização, que passam a ser entendidos como luta pela monopolização dos espaços profissionais constantemente recriados por novas tecnologias e novas demandas sociais. A afirmação do CFM deixa claro que o exercício da acupuntura em nada se confundia com a jurisdição do trabalho médico nesta época.

Já a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), emitiu uma resolução que se configuraria na segunda tentativa de inserir a acupuntura na assistência pública, desta vez com a prática restrita apenas aos médicos. Mas o CFM foi novamente contrário⁵, requerendo sua revogação e acusando a Ciplan de usurpar a competência do CFM, ao considerar a acupuntura uma especialidade médica e se proclamar a fiscalizadora de tal atividade no serviço público.

Porém, na década de 90, observou-se a crescente municipalização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), favorecendo acordos e soluções locais. Isso representou uma brecha para que o serviço fosse oferecido mesmo sem uma decisão a nível nacional e a resolução da Ciplan serviu de base para sua implementação em universidades, secretarias de saúde estaduais e municipais, além da realização de concurso público para médico acupunturista em algumas secretarias (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁶, 1993, apud NASCIMENTO, 2006).

Com a legitimação e premente institucionalização da acupuntura, a categoria médica muda de estratégia. Em 1992 a Associação Paulista de Medicina (APM) propõe a discussão da acupuntura a partir de um ponto de vista neurofisiológico, em busca de possíveis correlações entre os pontos de acupuntura e aspectos anatômicos e fisiológicos do sistema nervoso, buscando traduzir a acupuntura para a linguagem científica própria da biomedicina. Esta nova perspectiva quebra a resistência da classe médica, que ao invés de se opor à acupuntura, passa a associá-la à medicina ocidental contemporânea assegurando não só o prestígio, mas, principalmente, o monopólio da terapêutica e da cura, numa tentativa de manutenção do status quo (NASCIMENTO, 1998).

⁵ Ofício CFM nº 1179, de 11/08/1989.

⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância Sanitária. Seminário sobre o exercício da acupuntura no Brasil. **Relatório final e recomendações**, agosto de 1993.

No mesmo ano o CFM declara a acupuntura como um ‘ato médico’, concordando que seja executada por técnicos apenas sob sua supervisão. No Rio de Janeiro, a acupuntura passa a ser oferecida nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde, que não restringe o serviço aos médicos, admitindo também técnicos e outros profissionais de saúde.

Contudo é em 1995 que se dá o marco histórico de início da quarta onda: o CFM volta atrás, reconhece a acupuntura como especialidade médica⁷ e passa a combater a prática por técnicos e outros profissionais, confundindo propositadamente especialidade com exclusividade e acusando outros praticantes de exercício ilegal da medicina.

A quarta onda é marcada pelo acirramento das disputas em busca de regulamentação. As outras categorias profissionais não se intimidam e argumentam que as resoluções dos conselhos profissionais só têm validade sobre as atividades de seus membros. Assim, a resolução do CFM além de não impedir o exercício por outras categorias, acaba compelindo os diversos conselhos a adotar a acupuntura entre os procedimentos terapêuticos de seus associados, evitando que sofressem possíveis constrangimentos ao utilizar a técnica. Em cascata, a acupuntura foi reconhecida como especialidade pelos Conselhos de Enfermagem⁸, Farmácia⁹, Fonoaudiologia¹⁰, Psicologia¹¹, Educação Física¹², Medicina Veterinária¹³ e Odontologia¹⁴. Vale lembrar que o Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹⁵ foi pioneiro ao reconhecer a acupuntura como especialidade de seus membros ainda em 1985, portanto 10 anos antes do reconhecimento por parte do CFM, sendo em 1986 seguido pelo Conselho de Biomedicina¹⁶.

A partir de então, os grupos rivais buscam conseguir aliados políticos, posto que apenas a partir da sanção legal um grupo profissional pode obter o monopólio para suas atividades, passando a ser responsáveis por descrever o trabalho de seus membros e determinar os requisitos de educação e de treinamento necessários para o exercício de uma dada atividade (FREIDSON, 1988). No Brasil, cabe à União legislar sobre a

⁷ Resolução CFM n. 1455 de 11/08/1995.

⁸ Resolução COFEN n. 197 de 1997

⁹ Resolução CFF n. 353 de 23/08/2000

¹⁰ Resolução CFFA n. 272 de 20/04/2001

¹¹ Resolução CFP n. 005/2002

¹² Resolução CONFEEF n. 069/2003

¹³ Resolução CFMV n. 756 de 17/10/2003

¹⁴ Resolução CFO-82/2008

¹⁵ Resolução COFITTO n. 60 de 22/06/1985 e n. 221 de 23/05/2001.

¹⁶ Resolução CFBM n. 02/1986.

organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões¹⁷ e diversos projetos de lei já foram propostos. Sempre muito polêmicos, não alcançaram aprovação por prejudicar determinados grupos de interesse e beneficiar outros.

Enquanto isso, os médicos buscam meios de tentar impedir a prática da acupuntura por outros profissionais. Na justiça, instauram processos e denúncias contra acupunturistas - que por não serem formados previamente em medicina são por eles taxados de 'leigos' (independentemente de quantos anos tenham se dedicado ao aprendizado da MC) - e contra as escolas que ensinam para 'leigos'. Contudo, não tem obtido êxito e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) criou jurisprudência favorável à liberdade da prática, posto que de acordo com a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) "é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer"¹⁸. Como não há lei regulamentando o exercício da acupuntura, o STJ considera que ninguém é obrigado a deixar de exercê-la (BRASIL, 2001).

No campo do mercado, os médicos utilizam-se da imprensa para influenciar na escolha do terapeuta por parte do paciente, alarmando sobre os possíveis riscos do tratamento com acupunturistas sem formação em medicina. Contudo, no que tange à saúde, a demanda é extremamente subversiva. Curar-se é o que deseja o doente e quando se trata de saúde, apenas três critérios são observados: eficácia, não maleficência e acessibilidade. Estes critérios foram suficientes para garantir a credibilidade contextual dos acupunturistas.

Mas, se os esforços diretos falharam, os médicos monopolizam o mercado por meios indiretos: ancorados pelo corporativismo da classe, impedem que os planos de saúde, hospitais e clínicas credenciem acupunturistas que não sejam médicos para o atendimento aos usuários.

No plano discursivo, os argumentos vão sendo aprimorados: os médicos passam a alertar quanto ao risco de mascaramento de doenças graves pela falta de diagnóstico adequado, afirmando ser o ato de diagnosticar uma prerrogativa médica. A questão do diagnóstico não pode ser contornada com pequenas adequações no currículo dos cursos, como ocorreu com as questões de contágio e lesões a órgãos. Já os que defendem a habilitação independente para a acupuntura afirmam que a MC possui métodos

¹⁷ Artigo 22º Inciso XVI da Constituição Federal de 1988.

¹⁸ Artigo 5º, Inciso XIII

diagnósticos próprios, capazes de identificar outros tipos de acometimentos não detectáveis pelos métodos biomédicos. Além disso, não aceitam que uma herança milenar transmitida através de inúmeras gerações – sendo inclusive muito anterior à própria consolidação da ciência médica ocidental, possa ser monopolizada por médicos.

A questão do diagnóstico traz a tona o conflito entre maneiras diversas de se pensar o corpo, a saúde e a doença, ampliando as questões de saúde para muito além do escopo da medicina. Segundo Nascimento (2006, p. 159), “a atenção à saúde, antes de ser um ato médico, é um ato social e cultural”. “As formas de cuidado propostas pelas chamadas medicinas alternativas ou complementares trouxeram uma maior diversificação ao campo da saúde e aumentaram a complexidade nas relações entre os distintos saberes e práticas que o integram” (ibid., p. 163).

Bourdieu (1983) denomina ‘campo’ um lócus onde se trava a luta concorrencial entre os atores em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão. As medicinas alternativas, ao reconfigurarem as noções de doença, saúde, cura e diagnóstico, apontam para além de uma disputa interna em um campo já estabelecido: podemos estar presenciando a configuração de um subcampo em saúde, o das práticas integrativas, possuidor de seu próprio corpo de conhecimento (que possivelmente serão múltiplos) e que, apesar de se articular com o campo médico, não se subordina a este.

Os médicos buscam firmar sua posição como representantes da ciência, a única capaz de validar qualquer prática em saúde-doença, na tentativa de assegurar não só o prestígio, mas principalmente o monopólio da terapêutica e da cura. Porém, o alarde acerca de sua suposta exclusividade em diagnosticar e tratar direcionou a atenção dos grupos para um ponto crucial, que vinha passando despercebido: apesar de deterem desde 1957 um Código de Ética aprovado e um Conselho organizado de forma representativa, autárquica, autônoma e federalizada¹⁹, não há definições acerca de competências exclusivas do médico em seu cotidiano profissional (FERNANDES, 2004). Foi precisamente no embate pela exercício da acupuntura que este fato veio à tona, e a partir daí, a busca pela regulamentação da acupuntura se desenrolou paralelamente à regulamentação do próprio ‘ato médico’, uma questão tão ampla quanto o próprio campo da saúde, envolvendo a autonomia de todos os profissionais da área no Brasil.

¹⁹ Lei 3.268/57.

Mesmo com tantas indefinições, podemos apontar a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares²⁰ (BRASIL, 2006) como um marco da tendência à multidisciplinaridade da prática da acupuntura, pois fomenta o atendimento em acupuntura no SUS por profissionais de saúde em geral, desde que possuam especialização na área. Contudo, são apenas tendências. Ainda não se trata de uma lei e, por hora, o exercício da acupuntura segue livre – uma liberdade fictícia, cerceada por influências nos mais diversos âmbitos da oferta do serviço e que inviabiliza a estruturação de formações adequadas; uma liberdade angustiada, posto que constantemente ameaçada; uma liberdade permissiva, sem garantia de qualidade do serviço prestado.

I.4 - Racionalidades Médicas e Ecologia de Saberes

A questão do monopólio sobre o diagnóstico e a terapêutica remete à história da organização dos saberes em saúde. Segundo Diva Conde (ex-Conselheira do Conselho Federal de Psicologia), a medicina baseou o seu saber em práticas

que operavam na manifestação aparente das doenças, ou seja, em sintomas e sinais apresentados pelo organismo. No entanto, [...] o existir humano apresenta outras dimensões que não se reduzem a manifestações biológicas, aparentes. Para lidar com estas dimensões, ao longo do tempo, outros saberes foram construídos (FERNANDES, 2004, p.83).

Segundo Luz (1997, p.15) as terapias alternativas²¹ englobam “práticas terapêuticas diversas da medicina científica, geralmente adversas a essa medicina. Atualmente o termo se reveste de grande polissemia, designando qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica”. Segundo Martins (2003) tais terapias se encontram reunidas em torno de uma tendência humanista nascida da ruptura da medicina oficial. Normalmente pouco institucionalizados ou de institucionalização recente, são tão diversas quanto as culturas das quais se originam. O autor faz uma breve seleção: sistemas bionergeticos, sistemas biopsíquicos como a hipnose e a psicanálise, terapias florais, reiki, práticas xamanistas de origem ameríndias, africanas

²⁰ Portaria SAE/SUS n. 971, do Ministério da Saúde.

²¹ Segundo a autora, a designação de alternativa foi empregada pela OMS em 1962 e é utilizado neste contexto não como um conceito, posto que traz em si implicações hierárquicas, mas como uma etiqueta institucional.

ou mesmo européias como o kardecismo, cultos protestantes exorcistas e outras derivadas de religiões, "seitas do vegetal" oriundas da Amazônia, etc.

A categoria 'racionalidade médica'(RM) foi criada por Madel Luz para permitir a comparação entre sistemas médicos que se destacam pelo alto grau de complexidade. Inspirada nos tipos ideais weberianos, uma RM é simbólica e empiricamente estruturada em cinco dimensões: uma morfologia humana ou descrição do corpo humano; uma dinâmica vital, que descreve as maneiras como ele funciona; uma doutrina médica, concepções acerca da origem, causas e naturezas do adoecer; um sistema de diagnose de tais doenças; e um sistema de intervenção terapêutica. Uma sexta dimensão, a cosmologia, embasa as anteriores.

Segundo M. Luz (2006, p. 13) "a hipótese básica que norteia tanto a análise das configurações dos distintos sistemas, quanto sua comparação, é que existe mais de uma racionalidade possível em medicina, além da racionalidade científica da modernidade ocidental". Madel e sua equipe identificaram quatro grandes racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea (MOC) ou biomedicina, a medicina tradicional chinesa (MTC), a medicina homeopática e a medicina ayurvédica. Cada uma delas estão devidamente estruturadas pelas seis dimensões supracitadas, que embora sejam comparáveis entre si, não encontram correspondência direta entre elas.

Outra hipótese da autora é a de que tais racionalidades, oriundas de culturas distintas, efetivamente coexistem e interagem na cultura contemporânea. É o que Santos (2008) denomina 'ecologia de saberes'. Segundo ele, a análise social necessita de uma visão crítica do modelo de racionalidade ocidental dominante para evitar o efeito de ocultação e descrédito a que tem sido submetido todo o tipo de conhecimento empírico, que não consegue ser processado enquanto conhecimento científico válido. Esta atitude acarreta um empobrecimento da experiência, ou mais precisamente, o ocultamento da diversidade de experiências existentes, que não possui valor no mundo dominado pelo conhecimento científico.

A ecologia de saberes confronta o rigor científico com outros saberes e outros critérios de rigor que operam credivelmente nas práticas sociais, evitando assim o desperdício da experiência e permitindo a superação da ideia de que os saberes não científicos são alternativos ao saber científico: a ideia de 'alternativa' pressupõe a ideia de normalidade, numa conotação latente de hierarquia que busca manter a subalternidade do conhecimento tradicional ao conhecimento científico, do oriente ao ocidente, do alternativo ao convencional (ibid.).

O termo ‘terapias complementares’ favorece a ecologia de saberes em saúde e contribui para a escolha da terapêutica mais adequada em cada caso e para o acesso à mesma. Porém, para que possam ser utilizados e praticados em novos lugares, tais conhecimentos precisam passar por um processo de tradução, um

procedimento que permite criar inteligibilidade recíproca entre as experiências do mundo [...]. [A tradução] consiste no trabalho de interpretação entre duas ou mais culturas com vista a identificar preocupações isomórficas entre elas e as diferentes respostas que fornecem para elas (ibid., p.124).

O processo de tradução pode incidir tanto sobre os saberes quanto sobre as práticas, porém torna-se mais difícil quando os saberes são oriundos de universos culturais distintos (ibid). Este é certamente o maior entrave para o diálogo entre biomedicina e medicinas tradicionais do oriente. No caso da homeopatia, por exemplo, tal questão foi mais facilmente suplantada: de origem europeia e atuação por meio de instrumentos bem menos exóticos (via medicamentos orais ou tópicos), foi mais facilmente incorporada pela classe médica, pois apesar de possuir uma boa dose de individualização interpretativa e terapêutica nos seus ambientes mais esotéricos, pode ser trabalhada quase sem escrúpulo individualizador, com baixo ‘coeficiente de integralidade’, bem à moda biomecânica, apresentando eficácia relativa (LUZ; TESSER, 2002). Por isso permaneceu por menos tempo no ‘entre-lugar’ (ocupado pelos saberes em processo de tradução) e apesar de não ser uma exclusividade médica de direito, praticamente é de fato.

Já no que se refere à acupuntura, podemos dizer que vem passando por uma ‘hibridação’ que, segundo Bhabha (1994), ocorre quando um signo é deslocado de seu referenciamento espacial e temporal e ainda não foi inscrito num outro sistema de representação totalizante. Durante este processo, os grupos locais, longe de serem receptores passivos de condições transnacionais, moldam ativamente o processo de construção de novas identidades, assim como as novas relações sociais e práticas econômicas que elas suscitam.

A particularidade do processo de hibridação da acupuntura é que o significado atribuído à mesma tem deslizado em duas direções contrárias. Em sua origem, a acupuntura nada mais é que uma das várias formas de intervenção terapêutica da medicina tradicional chinesa (MTC), uma ciência empírica com cerca de 3.000 anos de existência e que possui sua racionalidade própria. Pela lente das racionalidades médicas,

podemos identificar a acupuntura como uma mera técnica. O que lhe atribui caráter terapêutico são as demais dimensões racionais com as quais se articula.

De um lado a acupuntura é utilizada como parte integrante da MTC, a partir da morfologia, dinâmica vital, doutrina médica e recursos diagnósticos próprios deste saber médico. De outro a ‘acupuntura neurofuncional’ surge como uma apropriação mecânica da técnica como integrante do arsenal terapêutico do médico, subordinada à racionalidade biomédica: o referencial teórico da MC é substituído por verificações de alterações que provoca no sistema nervoso e na resposta imunitária com repercussão local e/ou sistêmica.

Esta bifurcação evidencia um desvio no processo de tradução e acarreta duas vertentes de acupuntura, embasada em saberes distintos. A acupuntura neurofuncional possibilita a incorporação da técnica à medicina ocidental contemporânea (MOC), negando reconhecimento ao sistema integrado de saberes do qual se origina. Desta forma, a MOC busca firmar sua posição como representante da ciência e portadora da verdade, única capaz de validar qualquer prática em saúde-doença (NASCIMENTO, 1998), via colonização das demais racionalidades médicas emergentes na aceitação social. Esta é uma prática comum: o paradigma mecanicista da ciência moderna absorve conhecimentos práticos construídos empiricamente, apropriando-se do que pode ser explicado dentro de sua própria lógica, para depois desqualificar e ignorar as racionalidades das quais emanaram.

Segundo Melucci (2005, p.36), “o conhecimento se torna parte integrante da produção social em sociedades que intervêm de modo crescente sobre si mesmas.” “A pesquisa como forma reflexiva, como conhecimento do conhecimento, entra hoje no contexto social como prática cultural voltada para modificar a ação através de novos inputs acerca dos seus significados” (ibid, p.41), num processo que transforma a observação em parte constitutiva das práticas sociais – ou seja, em intervenção.

Neste sentido, nosso estudo busca identificar as tendências de tradução para o conceito de acupuntura, contribuindo para que se compreenda os interesses dos principais agentes envolvidos na divulgação de cada significado e as possíveis implicações da consolidação de cada um deles sobre o itinerário terapêutico dos usuários. É neste contexto que propomos investigar como tem se consolidado o ensino da acupuntura no Brasil, pois enquanto se desenrola o debate sobre quem deveria exercê-la, os grupos rivais promovem formação de seus pares e ampliam seus contingentes, formando a cada ano um significativo número de acupunturistas.

CAPÍTULO 1 - Escola: primeira instância de significação

As escolas de acupuntura do Brasil apresentam uma grande diversidade de programas de formação, em decorrência da ausência de regulamentação e da baixa institucionalização. Após a fundação da ABA em 1972, vieram os cursos da UNIRIO (1979), da ABACO (1979), da EOMA (1980) e o do CEATA (1981). Desde então, várias instituições ensinam acupuntura e outros ramos da MC no Brasil²².

As instituições podem ser classificadas com base nos seguintes critérios: o da titulação que oferecem aos estudantes, o grau de institucionalização, os requisitos de matrícula ou ainda o tipo de acupuntura que ensinam.

Quanto à titulação oferecida, os cursos podem ser de pós-graduação, técnico ou simplesmente formação (também intitulados como cursos livres).

Os títulos de pós-graduação²³ são emitidos por Institutos de Ensino Superior (IES). Podemos dizer que são de média institucionalização, posto que todas as IES tem autorização para implantá-los, devendo apenas obedecer a alguns critérios estabelecido pelo MEC²⁴ no que tange à titulação do corpo docente e à carga horária mínima, que deve ser de 360 horas. O título de pós-graduação emitido nestes termos tem validade profissional e acadêmica. Além disso, oferece um maior reconhecimento e conseqüente maior valorização do portador, o que permite que as instituições pratiquem mensalidades mais altas. Estes fatores fazem com que proliferem com facilidade.

Uma peculiaridade é que, para cursarem uma pós-graduação, os candidatos devem possuir graduação, porém legalmente não há restrições quanto à área de origem: cabe à instituição determinar os pré-requisitos para a matrícula. No caso das pós-graduações em acupuntura, em geral, os profissionais de saúde são o público alvo das instituições, mas não há impedimentos para que ingressem interessados de outras áreas. Algumas das escolas que operam a este nível restringem a matrícula apenas a médicos.

Os cursos técnicos são ofertados a candidatos que tenham concluído o segundo grau. Precisam ser autorizados pelas Secretarias Estaduais de Educação (SEE), que

²² Há controvérsias sobre este histórico e datas de inauguração das escolas. Uma das versões está disponível em <<http://www.craerj.org.br/cronologia/2romantica01.html>>, acesso em 05/01/2010.

²³ Tratam-se de pós-graduações lato sensu, posto que stricto sensu específico de acupuntura não existem no Brasil. Dissertações e teses sobre a temática tem se desenvolvido apenas em brechas de formação continuada de outras graduações.

²⁴ Resolução CNE/CES 1/2007. Diário Oficial da União, Brasília, 08/06/2007, Seção 1, pág. 9. Disponível em <portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf>, acesso em 01/03/2010.

verificam a documentação das instituições proponentes assim como suas instalações, que devem atender a várias exigências, o que acarreta um processo de instalação bastante burocrático. Currículos mínimos foram estipulados no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos e por isso poderiam ser considerados os de maior grau de institucionalização. Porém, há dois anos a formação técnica em acupuntura foi excluída de tal catálogo e recentemente foram suspensas as autorizações das escolas técnicas no Estado de São Paulo²⁵: tais escolas estão impedidas de abrir matrículas para novas turmas a este nível. Estas mudanças favorecem a desinstitucionalização, compelindo as escolas a ofertar formação livre.

Encontramos escolas técnicas de acupuntura nas três cidades abarcadas por esta pesquisa, o que é raro em outros estados: apenas no Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Distrito Federal e em São Paulo (em extinção) foram obtidas autorizações. As instituições que pleiteiam oferecer tais cursos enfrentam forte bloqueio por parte dos médicos frente às SEE, fato que se agravou após a exclusão da acupuntura do catálogo de cursos técnicos, relegando automaticamente os cursos remanescentes à categoria de cursos técnicos ‘experimentais’.

Os cursos de formação são livres não obedecem a nenhum critério e nem oferecem aos formandos nenhuma titulação oficial, sendo portanto considerados o de menor institucionalização. No caso da acupuntura, isso não significa na prática que sejam de qualidade inferior. Alguns deles têm carga horária extensa e algumas escolas são reconhecidas no meio pela alta qualidade do ensino, sendo procuradas inclusive por acupunturistas pós-graduados que desejam aprimorar seus conhecimentos.

Outra particularidade é que graduados em saúde podem se tornar especialistas ao concluírem cursos livres, obtendo a validação de seus certificados através de seus conselhos profissionais. Tal titulação não tem validade acadêmica, mas apenas profissional. Este é o caso da maioria dos cursos exclusivos para médicos, situação que impõe uma disparidade à nossa classificação: pelo fato de serem exclusivas para médicos, não podemos chamar tais escolas de ‘cursos livres’, apesar de não emitirem nenhuma titulação acadêmica válida. Desta forma, optamos pelo termo ‘especialização’ para diferenciá-las das pós-graduações (válidas acadêmica e profissionalmente).

Há ainda a possibilidade de se instalar cursos de graduação. Na prática, a graduação ocorreu em uma situação única: em 2000 a Universidade Estácio de Sá criou,

²⁵ Diário Oficial do Poder Executivo. São Paulo, 30/07/2010, Seção I, p. 28.

no Rio de Janeiro, a Escola Superior de Terapias Naturais, como o objetivo de oferecer o primeiro curso superior a dar embasamento acadêmico e científico às terapias naturais. A universidade ofertou cursos com titulação de tecnólogo em acupuntura, além das turmas de bioenergética, farmacotecnia naturalista, dietética naturalista, yogaterapia, massoterapia e cinesioterapia. A experiência naufragou: o curso deixou de ser oferecido, pois colocava em risco a manutenção da graduação em medicina pela Universidade. Graduaram-se dezoito acupunturistas – os únicos em nível superior no Brasil.

É importante ressaltar que, apesar de conferirem diferenciação em termos de status, as diferentes titulações apresentam em seu cerne uma disparidade potencial: a expertise neste contexto não está atrelada à titulação. Profissionais qualificados em nível de pós-graduação podem ter menor conhecimento (tanto teórico quanto prático) que aqueles formados em cursos técnicos, ou mesmo em cursos livres. A competência do acupunturista formado decorre antes dos conteúdos ministrados e da qualidade dos professores da escola (além, é claro, da aptidão e dedicação individuais do aluno), não tendo ligação direta com a instância de formação.

Tal fato se evidencia principalmente quando observamos instituições mistas – conforme denominaremos as escolas que oferecem curso técnico ou livre paralelamente com pós-graduação. Em algumas delas surgem situações intrigantes: alunos da mesma turma podem receber ao final do curso o título de pós-graduação (quando possuem graduação) ou de formação técnica ou livre, quando possuem apenas segundo grau ou graduação em outras áreas que não a de saúde (neste segundo caso, a critério da instituição). Além disso, não há jurisdições estabelecidas para o trabalho do técnico ou do pós-graduado, que atuam sem distinções hierárquicas.

Assim, a formação em acupuntura vai florescendo em brechas, sem que os conteúdos sigam um parâmetro definido. As escolas realizam um processo constante de disseminação de significados para acupuntura. Kuhn (1977) resalta que o processo pedagógico através do qual alguém se habilita a se tornar praticante de uma ciência, desponta como modelador dos sistemas de representação da realidade: constata que toda introdução didática em um campo de conhecimento atravessa um período puramente dogmático. Segundo Longuenesse (1994), a formação está no centro das estratégias profissionais, pois é onde se definem qualificações e identidades. A importância da formação profissional é tamanha que chega a se misturar com o próprio conceito de profissão. Para Parsons (1967), profissões são sistemas de solidariedade cuja identidade se baseia na competência técnica de seus membros, resultantes da qualificação.

Partindo da hipótese de que os cursos diferem não só quanto ao formato, mas também quanto à RM em que inserem a acupuntura, analisamos o conteúdo dos programas de renomados cursos de acupuntura do Brasil, buscando entender até que ponto as diferentes formações consolidam significações distintas.

1.1 – Aspectos metodológicos

Foram analisados os conteúdos dos programas das diferentes escolas, comparando-os em relação às seis dimensões das racionalidades médicas: buscamos identificar as ausências/presenças de conteúdos relacionados à morfologia humana, dinâmica vital, doutrina médica, diagnose, formas de intervenção e cosmologia e como cada item se articula com os saberes biomédicos ocidentais ou tradicionais chineses. Daniel Luz (2006) e Kenneth Camargo Jr. (2005) definem as seis dimensões da RMC e da RMOC respectivamente, fornecendo os referenciais necessário para a análise comparativa. Os tópicos principais de cada programa encontram-se no Anexo A.

Para permitir um aprofundamento qualitativo dos programas e alcançar os significados de acupuntura disseminados por cada instituição, foram entrevistados os coordenadores de tais cursos, que assumem um papel crucial enquanto formadores de opinião. Segundo Melucci (2005), os métodos qualitativos fazem-se necessários ao estudar objetos complexificados pela diferenciação, em particular neste caso, onde a ênfase recai sobre diferenças culturais. As entrevistas foram submetidas ao método de análise do discurso, buscando detectar construções ideológicas presentes nas falas. O Anexo B apresenta o roteiro da entrevista semi-estrutura.

De acordo com Minayo (2008), discursos inseridos em espaços sociais de debate e conflito culminam na determinação histórica de significados, com implicações práticas. A premissa básica do método é a de que todo discurso é uma construção social, não individual, e que só pode ser analisado considerando seu contexto histórico-social, suas condições de produção e suas relações com outros textos produzidos em sua volta.

Para Goffman (1985), é na esfera privada, na vida cotidiana, que manifestações sociais são formadas, disseminadas e legitimadas, ganhando vulto à medida que atingem a esfera do senso comum. Segundo ele, a experiência social é governada eminentemente por ‘enquadres’ (frames), evidenciando que os eventos, ações, performances e os ‘eus’

não representam significados por si, mas dependem dos enquadres para co-construírem e representarem significados culturais através da linguagem em uso.

Ao apresentar a concepção de enquadres como uma estrutura dinâmica, flexível e sensível às influências das intenções e representações dos interlocutores, Goffman (1974) facilita a compreensão acerca de quem é o autor em sua identidade social e histórica, situando o discurso em seu universo de concorrência ou mercado simbólico, assim como o espaço de interação discursiva: os discursos se dirigem ao mesmo público receptor e tentam conquistá-lo, anulando os demais, desarticulando seus argumentos ou abalando sua credibilidade em seu próprio favor, o que em última instância pode determinar o êxito ou insucesso de cada categoria.

Para proporcionar a percepção do enquadre, partiremos da apresentação das instituições e de seus coordenadores, definindo as posições que os entrevistados ocupam e identificando suas motivações e compromissos, o que permite perceber a articulação dos discursos com as características das instituições que representam e com o posicionamento da categoria à qual cada entrevistado pertence.

Esta perspectiva também possibilita entender os ‘silêncios’, quando certos elementos são omitidos nas falas. Segundo Santos (2008), é possível assim perceber a produção ativa de não existência pelos discursos. Buscaremos identificar em que momentos a racionalidade médica chinesa (RMC) é ocultada e substituída pela racionalidade ocidental, fazendo emergir os interesses que fomentam os desvios de tradução.

1.1.1 – O papel do pesquisador e a perspectiva do observador

Segundo Melucci (2005), o objetivo da ciência social é traduzir o sentido produzido pelo interior de um certo sistema de relações sobre um outro sistema de relações, o da comunidade científica, buscando as explicações emergentes e recorrentes dos processos nos quais o conhecimento é produzido.

Os pontos de vista qualitativos na pesquisa social se referem à ação social como capacidade dos atores de construir o sentido da ação no interior das redes de relações que permitem partilhar a produção de significados. Neste campo de observação a ação não é mais simples comportamento, mas construção intersubjetiva dos significados através de relações (ibid., p.40).

Aderindo a um modelo reflexivo, consideramos que há fortes relações entre os cientistas sociais e os agentes humanos que são seu objeto de estudo: estabelecem uma

relação recíproca em que o cientista social observa, interpreta e traduz o senso comum (ainda em formação no nosso caso) durante a análise dos processos sociais, ao mesmo tempo em que os atores sociais se apropriam dos conceitos e formulações dos cientistas introduzindo-as nas suas ações, que serão novamente estudadas, num ciclo contínuo (GIDDENS, 1986).

Em nosso caso, contudo, a questão vai mais além, pois tenho um envolvimento pessoal com o objeto, fazendo parte do universo observado. Sou acupunturista²⁶ e coordenadora de uma escola de pós-graduação em acupuntura no Recife, voltada para profissionais de saúde. Por duas vezes a escola foi denunciada ao Ministério Público pelo CRM e pela SMBA, que também publicaram as acusações em jornais de grande circulação no estado de Pernambuco. As referidas entidades solicitavam providências no sentido de “suspensão das atividades do curso em referência, tendo em vista os riscos severos em que se encontram os consumidores de tais serviços médicos, ante o ensino ilegal e desqualificado que ditos terapeutas veem ministrando a pessoas sem qualquer habilitação para o emprego da acupuntura”, acusando-nos de provocar “sérios danos à saúde pública e à integridade física e pessoal dos consumidores”²⁷.

Tais fatos deram origem às questões iniciais: o que há de ilegal em uma instituição de ensino que atende a todos os requisitos do MEC? O que desabilita tais alunos para o exercício da profissão após mil e duzentas horas de aulas práticas e teóricas? O que me desqualifica para o ensino? O promotor esclarece tais dúvidas de maneira simples: arquiva o processo “face à falta de constatação de qualquer tipo de dano ao consumidor, uma vez que a profissão em exame ainda não possui base legal”²⁸.

Restou a questão sociológica que motiva esta investigação: o que move tais entidades médicas a impetrar ações como estas sem sequer conhecer pessoalmente as instituições que acusam? Não pude também arquivar o espanto de ouvir em juízo o Presidente da SMBA desqualificar a observação da língua e a palpação do pulso, aspectos centrais da propedêutica e da semiologia da MC. Foi quando percebi que não apenas os acupunturistas sem formação em medicina ocidental, mas a própria acupuntura, estavam em risco no Brasil.

Meu ingresso no Mestrado se deu assim, às avessas. Não busquei um ‘problema’ para investigar em minha dissertação, meu ‘problema’ solicitou-me uma ciência que me

²⁶ Graduada em Ciências Econômicas pela UFMG, estudei acupuntura em todos os níveis de formação possíveis no Brasil: primeiro em um curso livre, seguido pelo técnico e pela pós-graduação lato sensu.

²⁷ Autos do processo n. 0034360-7/2005. Ministério Público de Pernambuco.

²⁸ Promoção de Arquivamento, PIP n. 003/06-17.

permitisse compreendê-lo. A sociologia forneceu-me as ferramentas para a análise e exigiu-me o distanciamento necessário a um fazer científico que pudesse atender aos rigores desejáveis e cabíveis quando se trata de estudar o humano.

Esclarecer meu próprio posicionamento no campo é necessário antes que se apresentem os resultados: não é necessário ocultar meus interesses por detrás de um discurso científico para conferir peso à minhas constatações, e tal transparência confere, outrossim, idoneidade ao estudo. Contudo, durante a pesquisa de campo, revelar minha identidade de acupunturista desconfiguraria completamente o teor das respostas, inviabilizando a própria investigação. Justifica-se assim a opção de apresentar-me aos entrevistados apenas como mestrandia em Sociologia. Subjetivamente, procurei ouvir a todos sem julgamentos, buscando entender as motivações nas histórias individuais para que aderissem a cada um dos discursos que me foram apresentados.

Adotando o enfoque hermêutico-dialético proposto por Habermas (1987), buscamos favorecer tanto a compreensão do sentido dos textos pela unidade, pela mediação e pelo acordo – aspecto hermenêutico – quanto a percepção da diferença, do contraste, do dissenso e da ruptura de sentido – aspecto dialético, levando o intérprete ao entendimento dos objetos como resultados de processos sociais e processos de conhecimento (expresso em linguagem), frutos de múltiplas determinações, mas que culminam num significado específico. O autor e o intérprete surgem como parte de um mesmo contexto ético-político e o acordo subsiste ao mesmo tempo em que subsistem as tensões e perturbações sociais.

Santos (2008, p. 118-119) define com precisão as pulsões que guiam a pesquisa sociológica na identificação de ausências e promoção de emergências:

O elemento subjetivo da sociologia das ausências é a consciência cosmopolita e o inconformismo ante o desperdício da experiência. O elemento subjetivo da sociologia das emergências é a consciência antecipatória e o inconformismo ante uma carência cuja satisfação está no horizonte de possibilidades. [...] Emoções estão presentes no inconformismo que move tanto a sociologia das ausências como a sociologia das emergências. Uma e outra visam alimentar ações coletivas de transformação social que exigem sempre um envolvimento emocional, seja ele o entusiasmo ou a indignação. No seu melhor, esse envolvimento realiza o equilíbrio entre as duas correntes da personalidade, a corrente fria e a corrente quente. A corrente fria é a corrente do conhecimento dos obstáculos e das condições de transformação. A corrente quente é a corrente da vontade de agir, de transformar, de vencer os obstáculos. A corrente fria impede-nos de sermos enganados; conhecendo as condições é mais difícil nos deixarmos condicionar. A corrente quente, por sua vez, impede-nos de nos desiludirmos facilmente; a vontade do desafio sustenta o desafio da vontade.

Estas foram as disposições subjetivas de que me muni para enfrentar este desafio.

1.1.2 - Construção do Corpus

A pesquisa se dirigiu às cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, onde se encontram as escolas mais antigas e representativas. Selecionamos algumas delas a partir da indicação das principais associações profissionais médicas e não médicas.

Para indicação das instituições de ensino exclusivo para médicos, contatamos a Associação Médica Brasileira de Acupuntura²⁹ (AMBA) e a SMBA. Para as escolas abertas³⁰ - sejam cursos técnicos, livres ou especializações, consultamos o Sindicato dos Acupunturistas e Terapias Orientais do Estado de São Paulo (SATOSP), os Conselhos Regionais de Acupuntura dos Estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais, (CRAERJ e CRAEMG, respectivamente), além da Associação de Medicina Chinesa e Acupuntura do Brasil (AMECA), representante da Federação Mundial de Acupuntura e Moxabustão (WFAS³¹) na América do Sul. Além disso, a escolha das instituições foi corroborada pelos próprios entrevistados, aos quais eram solicitadas as indicações de três outras instituições de ensino que consideravam representativas (método bola de neve).

Inicialmente, foram selecionadas quatro escolas por cidade: uma especialização exclusiva para médicos, uma especialização aberta para demais profissionais, uma escola técnica e um curso livre, num total de doze instituições de ensino. Contudo, para métodos qualitativos o número de observações não deve ser definido a priori, e sim pelo critério de saturação (obtida no conjunto da análise dos projetos e entrevistas com coordenadores), fomos compelidos a ampliar a amostra, posto que a diversidade do campo foi maior que a prevista.

²⁹ A AMBA foi fundada em 1994 e passou a concorrer diretamente com a SMBA enquanto órgão representativo dos médicos acupunturista perante a Associação Médica Brasileira (AMB) e o CFM. Como tais instituições recusaram-se a reconhecê-los enquanto não houvesse uma unidade, optaram por fundar o Colégio Médico de Acupuntura (CMA), na qual as duas tinham membros em uma diretoria paritária. Recentemente, as duas instituições foram levadas a eleger uma diretoria única, processo que se deu com bastante conflito e suspeitas de fraude, culminando com a vitória dos representantes da SMBA. A diferença básica entre as linhas de pensamento da AMBA e da SMBA – que correspondem às duas universidades públicas de São Paulo, respectivamente a USP e a UNIFESP – está na amplitude da atuação da acupuntura: a primeira restringe-se mais ao tratamento da dor, enquanto a segunda estende os tratamentos aos distúrbios psicossomáticos. Apesar de ambas as facções aderirem a uma certa cientifização da acupuntura, uma delas promove uma maior dissociação da acupuntura em relação ao referencial teórico da MTC (MORAES, 2007 e FREITAS, 2004).

³⁰ Optaremos por esta denominação para nos referir a escolas que não restringem suas vagas a médicos, em lugar de termos mais comumente utilizados como não-médicas ou multidisciplinares, posto que o primeiro subentende que médicos não queiram ou não podem estudar em tais escolas, enquanto o segundo subentende que o ingresso do aluno estaria atrelado ao domínio de alguma outra disciplina, a alguma formação prévia em saúde, todas premissas falsas.

³¹ World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies

Algumas das pré-selecionadas não retornaram o contato ou se recusaram a participar da pesquisa, porém tivemos acesso ao programa de algumas delas e optamos por incluí-los na análise, por apresentarem particularidades importantes. Alguns dos entrevistados se recusaram a disponibilizar o programa, enquanto outros foram apresentados de maneira bem estruturada, tanto no que tange ao conteúdo abordado quanto à carga horária destinada a cada disciplina.

Ao apresentar as instituições e seus coordenadores, optamos por ocultar os nomes dos mesmos por questões éticas, na tentativa de preservar sua privacidade e evitar constrangimentos que pudessem decorrer do contraste entre as opiniões. Apesar do esforço, não é possível garantir que não serão identificados, posto que muitos são pessoas influentes no campo cujas trajetórias são bastante conhecidas.

Como o objetivo desta investigação é perceber diferenças entre as significações de escolas abertas ou exclusivas para médicos, usaremos um artifício para facilitar a diferenciação entre representantes de ambos os grupos: para os coordenadores de escolas abertas serão usados nomes de médicos chineses históricos como pseudônimos, enquanto para os coordenadores de escolas fechadas, exclusivas para médicos, utilizaremos nomes de médicos ocidentais históricos.

Ao longo do texto, durante a citação das falas, os pseudônimos virão acompanhados de uma sigla para as escolas abertas, para facilitar a identificação do enquadre do entrevistado em relação à titulação do curso ofertado pela instituição que representa, a saber: (T) para escolas técnicas, (P) para escolas de pós-graduação, (L) para escolas de formação livre, (S) para o curso superior (extinto). Para escolas mistas, usaremos duas letras (T/P ou L/P). Para as escolas exclusivas para médicos, as diferenças de titulação entre as instituições não apresentam influência relevante sobre a significação, não havendo necessidade de serem lembradas ao longo das falas dos entrevistados.

As instituições serão apresentadas a partir das de menor grau de institucionalização, num crescente até as mais institucionalizadas. As cinco escolas que recebem exclusivamente médicos serão apresentadas por último, seguindo o mesmo critério. Chegamos ao final com vinte e três instituições (dezesseis abertas e sete exclusivas para médicos), analisando vinte programas (quinze de escolas abertas e cinco de escolas exclusivas) e entrevistando dezenove coordenadores de curso (quinze de escolas abertas e cinco de escolas exclusivas), conforme a Tabela 2.

		Codnome	Curso	Fonte de Dados
ABERTAS	1	Huang Di	Livre	Entrevista / Programa
	2	Hua To	Livre (ex-Técnico)	Entrevista / Programa
	3	Tchen Kiuan	Livre (ex-Técnico)	Entrevista / Programa
	4	Zhang Zhongjing	Livre	Entrevista / Programa
	5	Jinn Tsong	Livre	Entrevista / Programa
	6	----	Livre	Programa
	7	Tao Hong-King	Técnico	Entrevista / Programa
	8	Li Shizhen	Técnico	Entrevista / Programa
	9	Hao Yang Sang	Pós + Livre	Entrevista / Programa
	10	Fou Hi	Pós	Entrevista / Programa
	11	Kia Ming	Pós (+ Ex-Técnico)	Entrevista / Programa
	12	Wang Shu Ho	Pós	Entrevista / Programa
	13	Sun Simiao	Pós + Téc	Entrevista / Programa
	14	Pien Ch'iao	Pós + Téc	Entrevista / Programa
	15	----	Pós + Téc	Programa
EXCLUSIVAS	16	L. Pasteur	Especialização	Entrevista
	17	R Virchow	Especialização	Entrevista / Programa
	18	----	Especialização	Programa
	19	----	Especialização	Programa
	20	A. Vesalius	Pós	Entrevista / Programa
	21	W. Harvey	Pós	Entrevista
	22	A. Cochrane	Pós	Entrevista / Programa
	23	Cheng Xin-Nong	Graduação	Entrevista

Tabela 2 – Instituições pesquisadas

1.2 - O lugar do discurso: apresentação das instituições e seus coordenadores

Foram seis as instituições pesquisadas que oferecem apenas cursos de formação livre. Duas delas ofereciam cursos técnicos em São Paulo, mas tiveram recentemente suas autorizações suspensas pelas SEE (como todos os outros cursos técnicos de acupuntura do estado) e passaram a oferecer cursos livres, sendo que uma manteve seu programa original, enquanto a outra passou a oferecer provisoriamente uma formação de doze meses para profissionais de saúde (graduados ou técnicos), enquanto se prepara para oferecer pós-graduação. Vamos a elas:

Huang Di é um médico estrangeiro, formado em um país comunista. Autor de livros na área editados no Brasil, sua formação foi favorecida pelos laços do comunismo entre China e seu país de origem: cursou dois anos de residência em MTC em Pequim (China) e mais três na capital de seu país, período no qual acompanhou professores chineses enviados com a finalidade de difundir a MC e capacitar profissionais para atender a população local. Sua escola oferece curso de formação livre, com três anos de

duração, e é constantemente procurada por acupunturistas já formados, com o intuito de cursar módulos isolados em busca de aprimoramento.

Hua To é um oriental que chegou ao Brasil ainda menino, não sem antes ter tido contato com a utilização da acupuntura em seu país de origem. Graduado em medicina no Brasil, começou a perceber ainda durante a graduação que muitas doenças crônicas não eram tratáveis pelos remédios químicos: “o mesmo paciente que eu encontro no terceiro ano na aula de propedêutica, está no quarto ano na aula de clínica médica, no quinto está no internato no pronto socorro, no sexto ano na UTI”. Isso o levou a iniciar seus estudos em acupuntura.

Tchen Kiuan descende de orientais e aprendeu acupuntura na instituição fundada por seus pais. Em seguida graduou-se em medicina no Brasil e seguiu para o Japão, onde buscou aprofundar seus estudos.

Zhang Zhongjing é discípulo de um psiquiatra espanhol que conheceu durante uma palestra no Brasil. “Fiquei sete meses estudando com ele”. Depois seguiu para o centro de ensino fundado por ele na Espanha, onde estudou em regime de internato durante quatro anos. Segundo ele, o aprendizado da acupuntura, com base nos textos clássicos, se mesclava com atividades de meditação, qi cong, oração, expressão artística, música, cozinha e limpeza. O Centro é a sede central da instituição, que hoje tem 47 escolas em todo o mundo. Zhang Zhongjing é o responsável por uma das unidades brasileiras, onde a instituição oferece curso livre. “O objetivo final da escola é trabalhar com curso livre, curso técnico, pós-graduação e criar no futuro uma graduação”. Para poder conduzir esta empreitada, Zhang Zhongjing acaba de se graduar em pedagogia.

Jinn Tsong começou sua trajetória em saúde aos 18 anos: após prestar vestibular para fisioterapia, não teve condição de arcar com os custos da faculdade e resolveu fazer um curso de massagem. Seu professor era acupunturista e passou a incentivá-la. “Foi quando me encantei pela acupuntura. Sempre convivi com orientais e sempre gostei da área de saúde.” Hoje é fisioterapeuta e sua escola oferece aos alunos que tenham curso superior em saúde a possibilidade de obter o título de pós-graduação, por meio de uma parceria com outra instituição na qual devem cursar uma complementação de oito meses.

Incluimos no corpus o programa de mais um curso livre com duração de dois anos, posto que é oferecido pela instituição responsável pela realização do preparatório oficial para o exame internacional de proficiência em acupuntura da Federação Mundial

de Medicina Chinesa (WFCMS³²) no Brasil. O preparatório tem duração de 6 meses e é procurado por profissionais já atuantes que desejam obter o título internacional. A instituição foi fundada por um mestre taoísta e hoje é coordenada por seu filho, que não foi entrevistado³³. Os dados do programa foram obtidos no site da instituição.

A escola de Tao Hong-King oferece exclusivamente formação de nível técnico. Tao Hong-King é graduado em enfermagem e discípulo de um mestre chinês de acupuntura, com quem teve contato através das artes marciais.

Li Shizhen é graduado em biologia e nutrição, especialista em ecologia vegetal, botânica e geriatria. Pesquisa a utilização das plantas medicinais brasileiras na MTC. Coursou duas formações em acupuntura e hoje sua instituição oferece curso técnico, mas permite que se matriculem profissionais de saúde que desejem obter o título de especialista por meio da resolução de seus conselhos.

A escola coordenada por Hao Yang Sang atua em cinco estados brasileiros e oferece duas possibilidades de titulação: pós-graduação ou formação (curso livre). Seu interesse pela acupuntura surgiu quando teve um problema de estômago que não conseguiu debelar com medicamento e após uma única sessão de acupuntura curou-se completamente. Intrigado e impressionado, abandonou a faculdade de direito para começar a estudar acupuntura. Posteriormente graduou-se em fisioterapia, por considerar ser a área que mais poderia apoiá-lo. Especializou-se em acupuntura no Brasil e seguiu seus estudos na China, Japão, Europa e EUA. Hoje faz doutorado.

As três instituições a seguir oferecem curso apenas em nível de pós-graduação.

Fou Hi é graduado em medicina, interessou-se pela acupuntura quando ainda estava na faculdade, na década de 50, através de artigos de revistas médicas internacionais. De início, buscou contato com a técnica através das colônias orientais, que se mostraram muito fechadas, até que teve a oportunidade de estudar num dos primeiros cursos do país, ao fim do qual fundou em conjunto com seu professor a instituição que hoje preside, oferecendo cursos de pós-graduação em diversos estados brasileiros.

Kia Ming é graduada em fisioterapia e recebeu a indicação de um amigo para estudar acupuntura, pois queria entender “porque uns pacientes melhoravam e outros se mantinham ou até tinham alguma piora quando comparados com a mesma patologia e

³² World Federation of Chinese Medicine Societies

³³ sua indicação foi feita pelo último entrevistado, quando não havia mais tempo para a pesquisa de campo.

com os mesmos tratamentos”. Era professora da instituição e recentemente assumiu o cargo de coordenação, não tendo participado da elaboração do projeto pedagógico da mesma.

Wang Shu Ho é graduado em educação física e fisioterapia. Começou com massagem, seguida de formação em Fei Tai, quiropraxia, e terapias orientais, quando então iniciou uma formação em acupuntura: frequentou dois cursos de formação, pois “na época a gente ia pulando de lugar em lugar, não tinha uma formação como tem hoje”.

A seguir apresentamos as instituições que chamamos de mistas, pois oferecem cursos técnicos e pós-graduação paralelamente.

Sun Simiao é graduado em direito e psicologia, com mestrado nesta. Interessou-se pela perspectiva revolucionária que a MC apresentava, após se submeter a um tratamento:

Era um momento em que a gente vivia uma era de busca de outros valores, em vários setores, inclusive no da saúde. Eu não era da área de saúde, mas fui arrebatado, nem tanto pelo tratamento, mais por meu entendimento do que era a acupuntura, a MC e esta visão de saúde. [...] O contato de literatura, de grupo e tudo mais, no bojo do movimento alternativo, onde a gente estava experimentando uma alimentação completamente diferente, experimentando o que que a yoga podia fazer com a gente e o que que a gente podia fazer com a yoga, meditações e por aí afora, foi bem na esteira deste movimento alternativo que eu encontrei a acupuntura.

Especialista em acupuntura tradicional através da prova de título do COMBRAC/CRAERJ, formou-se em MC nos Estados Unidos: “Na época não existia graduação ainda, nem aqui nem lá. Era um curso livre”. Desde 1990 a instituição que representa desenvolve em uma cidade do interior a ‘formação de agentes de saúde’, e em 2007 a experiência se desdobrou em uma parceria com o Movimento dos Sem Terra, do qual receberam 25 educandos vindos de vários assentamentos. Tais cursos tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida das comunidades carentes, reduzindo a incidência de doenças e criando condições reais para a prática da prevenção, através da socialização dos conhecimentos e recursos holísticos da MC.

Pien Ch'iao começou a estudar medicina oriental ainda aos 15 anos de idade: “Eu praticava artes marciais e queria entender sobre os pontos mortais, e percebi que para isso eu precisaria aprender acupuntura, porque os pontos mortais não eram pontos mortais, eram pontos pra saúde”. Graduado em gestão financeira, começou seus estudos em um curso livre, seguindo depois para a China. Em 2006 obteve o título de Doutor em acupuntura, através da prova de título da WFAS. Sua instituição oferece curso em

nível técnico e de pós-graduação e até recentemente oferecia também o curso técnico, barrado pela SEE-SP.

Daqui por diante, apresentaremos as seis instituições pesquisadas que oferecem vagas apenas para médicos, cujos coordenadores, obviamente são graduados em medicina. O curso de três delas não tem validade acadêmica e equivalem aos cursos livres das escolas abertas, contudo foram designadas por especialização na Tabela 2, posto que seus certificados podem ser validados através da prova de títulos do CMA. As outras três são pós-graduações oferecidas em Universidades públicas – com validade acadêmica e profissional.

A. Cochrane é descendente de orientais e seu interesse surgiu de uma insatisfação:

Eu operava muito coluna, próteses, e eu não entendia o significado, por exemplo, um doente eu opero ficava bom, outro doente operava e não adiantou nada. Vinha os questionamentos: eu que opero, eu que uso os mesmos materiais, mesmo hospital, mesmo anestesista, o diagnóstico é o mesmo e os resultados são diferentes. Aí com o tempo eu disse: o doente é que é diferente. Mas o que que a gente pode fazer? Aí que veio, minha esposa estava começando a fazer acupuntura, mas no início eu não acreditava, mas depois conversando com um coreano, deu explicação e até começou a fazer mais lógica. Aí comecei a fazer. Eu aprendi sozinho acupuntura. Há trinta anos atrás não tinha ensino de acupuntura aqui no Brasil

A. Vesalius interessou-se pela acupuntura quando, na graduação, observou uma professora na execução de uma técnica japonesa de acupuntura, chamada Ryodoraku: “após residência em medicina [...] eu fui para [um país do oriente] onde aprendi a acupuntura clássica [num hospital de lá] e trouxe então uma técnica clássica e implantei aqui no hospital”. Além de coordenar a pós-graduação, é responsável pela disciplina de acupuntura na graduação de medicina da mesma instituição.

L. Pasteur estudou acupuntura em uma escola aberta. Na época “eram cursos abertos, não eram cursos para médicos”. Foi quando, com alguns colegas, sentiram a necessidade de fundar a instituição que representa. Afirma gostar de fazer medicina de forma simples e objetiva.

Comecei a estudar acupuntura em 1977, eu era acadêmico bolsista, trabalhava no pronto socorro e conheci [um médico] que já estudava e fazia acupuntura lá, e aí ele me ensinou a fazer uns ‘truquezinhos’, paciente estava com dor, a gente ia lá, a gente era acadêmico, botava uma agulha e o paciente melhorava na hora. Então isso foi muito impressionante.

Segundo ele, a montagem do programa

foi meio que autóctone, porque a gente não tinha nenhum modelo estruturado prévio. A gente foi montando e aperfeiçoando, do ponto de vista didático, [...] até chegar no programa atual, que está sempre em revisão. Nunca houve uma turma com o método exatamente igual ao anterior, a gente está sempre experimentando.

A fundação de sua instituição é anterior ao reconhecimento da acupuntura pelo CFM que, segundo ele, foi fruto do resultado prático da acupuntura: “a gente tratava gente de todos os escalões, inclusive do establishment médico, e terminou que as pessoas foram se interessando e a gente foi ganhando espaço a partir daí”. A instituição originalmente acolhia outros profissionais de saúde entre os alunos, mas atualmente restringe os ingressos a médicos.

R. Virchow teve seu contato com a acupuntura quando passou a frequentar um mosteiro zen budista, onde conheceu seu mestre. Em decorrência de sua formação médica, sentiu necessidade de procurar seus pares. Foi quando participou de um congresso em Brasília e conheceu os médicos envolvidos com a MC, sendo em seguida incitado a oferecer o curso de formação para médicos em seu estado.

W. Harvey dedica-se à pesquisa da acupuntura médica contemporânea, baseada em neurociências, com foco na analgesia cirúrgica com eletroacupuntura e tratamento e prevenção da dor e dos distúrbios funcionais.

Primeiro eu me tratei e foi um resultado muito bom, uma crise que eu tive de dor lombar. Depois eu quis, de certa forma, uma profissão que me desse um pouco mais de recurso para eu viver mais confortável, do ponto de vista de clínica, porque eu fazia uma especialidade médica que você não podia exercer ela como profissional liberal. [...] A acupuntura tinha mais perspectiva de realização financeira. Profissional não. Eu era bastante bem realizado.

Aprendeu acupuntura em uma escola exclusiva para médicos na qual o curso seguia “um padrão estabelecido pela antiga SMBA - agora CMA, exclusivamente baseado em MC”, mas segundo ele “o futuro da acupuntura não está em aprofundar em MC, está em aplicar o conhecimento das neurociências”. Porém, a grade curricular do curso foi montada por um colegiado, que não o apoia nas mudanças que desejaria implementar.

Por último, apresentamos Cheng Xin-Nong que coordenou o único curso superior de acupuntura já oferecido no Brasil. Aos 6 anos de idade, viu o pai ser preso por exercer acupuntura:

Ele não podia atender, toda hora vinha fiscal aqui, ele ficava com a porta fechada, às vezes batia um paciente, pedia pra atender, ele atendia escondido. Eu aprendi acupuntura com meu pai, que aprendeu com o pai dele. Meus amigos dizem que minha acupuntura é medular, e outros que é genética, porque eu sou de uma linhagem de nove gerações de acupunturistas. Eu aprendi acupuntura na prática, depois é que eu fui fazer um curso. Por ver o quanto meu pai sofria, eu busquei me graduar. Cheguei a estudar medicina, mas por causa destas perseguições que meu pai sofreu, tivemos dificuldades financeiras e não tive como dar continuidade ao curso. Aí eu fui fazer fisioterapia. Foi muito válido.

Depois de cursar acupuntura em uma escola que hoje restringe as vagas a médicos, fez três outros cursos de terapias alternativas nos Estados Unidos.

Em 1999 foi convidado pela Estácio de Sá para coordenar a graduação em acupuntura. Imediatamente sugeriu mudanças no programa de todos os cursos da Escola Superior de Terapias Naturais, visando minimizar conflitos com os conselhos profissionais de saúde, o que lhe rendeu a promoção ao cargo de diretor científico de toda a escola. Mesmo assim não houve como evitar o conflito com o Conselho de Medicina. Segundo ele, “o reitor foi chamado ao CRM e ameaçado: Terapias Naturais ou medicina. Se você insistir com terapias naturais, os seus médicos não vão receber carteirinha de médicos do CRM, e eles tinham o curso de medicina funcionando, ainda sem ninguém formado”. Foi quando Cheng Xin-Nong foi chamado a encerrar o curso e ofertar aos alunos bolsas de estudos em qualquer graduação (exceto medicina e veterinária, que eram mais caros).

A maioria foi pra fisioterapia, outros para direito, outros para enfermagem. Então, 30 e poucos alunos não aceitaram isso. A Estácio teve que manter o curso superior de acupuntura, de bionérgica, de dietética naturalista e de farmacotecnia, que só tinham dois alunos. Dietética um, bioenergética, não sei quantos. A maioria era de acupuntura. No final acabaram se formando 20 e poucos alunos, que receberam diploma de nível superior com a chancela do MEC.

Informações como as nacionalidades dos imigrantes, locais onde aprenderam acupuntura, as especialidades dos médicos entrevistados, autoria de livros importantes publicados no Brasil e cargos que ocupam em entidades de classe forneceriam importantes referências, mas foram omitidos em decorrência da necessidade ética. Contudo, podemos levantar algumas observações gerais, buscando recuperar aspectos perdidos com a ocultação das identidades dos entrevistados e das instituições, na tentativa de minimizar as perdas.

Entre os catorze coordenadores de escolas abertas entrevistados, temos formações individuais bastante variadas: são cinco fisioterapeutas, quatro médicos, três graduados em outras profissões de saúde, enquanto dois possuem graduações em outras áreas. Merece destaque o fato de que todos tem formação superior, mas seis fizeram sua opção profissional pela acupuntura antes de ingressarem na faculdade, sendo posteriormente compelidos a fazer uma graduação para obter uma titulação que lhes garantisse credibilidade. Estes dois fatos apontam para a ausência de vinculação direta entre a acupuntura e qualquer graduação prévia.

Cerca de 90% dos entrevistados ocuparem cargos de cúpula em alguma das associações representativas das categorias às quais pertencem. Outra particularidade é que dos dezenove entrevistados, quinze são donos de instituições de ensino de acupuntura - mesmo entre os três coordenadores de cursos de Universidades públicas, dois deles possuem paralelamente sua própria escola.

Quanto às instituições de ensino, a maioria delas possui sede própria, mas não é regra. Ao contrário do que acontece com os cursos técnicos, para os quais há exigências referentes ao espaço físico, algumas instituições de pós-graduação utilizam-se de espaços de faculdades ou auditórios sublocados para as aulas teóricas, enquanto as aulas práticas acontecem em clínicas, hospitais públicos, igrejas e instituições filantrópicas, com as quais as escolas estabelecem parcerias.

Outro ponto é que algumas escolas mostraram tendência à expansão: algumas delas oferecem curso de formação em vários estados brasileiros, o que amplia a influência do significado que atribuem à acupuntura durante a formação dos profissionais. Muitas têm vínculos com grandes instituições de ensino ou associações estrangeiras.

Um fato curioso é que as universidades federais só oferecem a especialização para médicos³⁴. Isso evidencia o maior ‘capital social’ de que dispõe esta categoria: o termo foi utilizado por Bourdieu (1998) no estudo das desigualdades, referindo-se às vantagens que indivíduos possuem, e que via de regra os conduzem a um nível socioeconômico mais elevado. Segundo o autor, uma rede de relações sociais estável pode gerar externalidades positivas para seus membros. No caso em questão, o grupo obtém de instituições públicas a exclusividade de vagas, apesar de não haver monopólio legal da prática para esta categoria.

Também pudemos constatar que enquanto inúmeras escolas abertas preocupam-se em oferecer uma titulação válida perante o MEC para os alunos graduados em saúde, o mesmo não se repete nas escolas médicas: seus membros não sentem necessidade de proteção externa. No caso dos médicos acupunturistas, pouco importa se o título de especialista tem validade profissional e acadêmica ou apenas profissional: fazem a

³⁴ Tais cursos de pós-graduação são oferecidos nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Piauí e Pernambuco, assim como no Distrito Federal. Informação disponível em <<http://www.grupo-ramazzini.med.br/noticiascursos/acupuntura.htm>>. Acesso em 06/04/2011.

prova de título do CMA e passam a atuar, sem obstáculos ao seu credenciamento em planos de saúde e nenhuma preocupação com eventuais constrangimentos³⁵.

Quanto aos cursos técnicos, no Rio de Janeiro, Minas Gerais, Porto Alegre e Brasília eles continuam autorizados. Contudo, é preciso ressaltar o caráter dinâmico do objeto em questão, onde tendências identificadas no momento desta análise podem sofrer abruptas mudanças em questão de dias.

1.3 – Programas de formação: aspectos gerais

Nossa primeira constatação foi a de que não é tão simples ter acesso ao programa dos cursos de acupuntura. A ausência de critérios definidos para a formação no Brasil aliada à forte concorrência entre as instituições faz com que tais programas não sejam disponibilizados ao público na íntegra. Nos sites das escolas, é possível acessar programas, mas alguns indicam apenas o nome das disciplinas, sem informações mais precisas sobre conteúdos abordados e carga horária de cada cadeira. Outras forneceram não mais que panfletos de divulgação com informações superficiais.

Algumas escolas levam a crer que possuem não mais que uma lista de tópicos a serem abordados ao longo do curso. Alguns coordenadores relatam que a ordem das disciplinas pode mudar, assim como a carga horária dedicada a cada uma delas, de modo a atender aos interesses dos alunos, principalmente no que tange às técnicas de estímulo.

A flexibilidade é menor tanto nas escolas médicas quanto nos cursos técnicos, que apresentam algum grau de padronização. Os cursos técnicos seguem as antigas definições do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (Anexo C)³⁶. As escolas médicas afirmam seguir o currículo mínimo estabelecido pelo CMA (Anexo D)³⁷, apesar de

³⁵ Lembramos que potencialmente todos os profissionais de saúde formados em cursos livres ou técnicos podem validar sua formação através de seus conselhos profissionais – caso em que sua formação em acupuntura passa a ser considerada uma especialização profissional, sem ter, contudo, validade acadêmica para o exercício do magistério superior. A validade acadêmica decorre de especialização oferecida por IES, que por sua vez não tem necessariamente valor para o exercício profissional nas áreas da saúde e jurídica sem posterior manifestação dos conselhos, ordens ou sociedades nacionais profissionais respectivos. Para ter validade acadêmica e profissional, o título necessita, portanto, de uma dupla validação. Parecer CES 908/981, de 02/12/98. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/Parecer908.pdf>> Acesso em 02/01/2009.

³⁶ Disponível em <<http://www.-cee.-rj.-gov.-br/-coletanea/-del.-htm>>. Acesso em 09/11/2010.

³⁷ Disponível em <http://www.cmiba.org.br/downloads/especializacao_cma.pdf>. Acesso em 11/11/2010.

ressaltarem que possuem liberdade para acrescentar itens ou alterar a ordem das disciplinas do programa.

Em relação à carga horária total, a variação é imensa: o mais extenso tem cerca de seis vezes a duração do mais curto³⁸, evidenciando a baixa padronização. Neste quesito, os cursos técnicos são os que apresentam maior carga horária média: todas as escolas tem um mínimo de 1.200 horas e algumas chegam a 2.000 horas. Os cursos de pós-graduação abertos costumam seguir o padrão estabelecido pelo técnico, também com 1.200 horas. Isso pode ser justificado pelo fato de o COFFITO ter estabelecido este patamar como exigência básica para credenciar instituições para especialização de seus membros³⁹, certamente a maior demanda atual dos cursos de pós-graduação abertos. Entre as escolas médicas, os cursos ficam entre 580 e 1.150 horas.

Quanto à frequência das aulas teóricas, o mais comum são aulas mensais, quase sempre aos finais de semana (principalmente entre os cursos livres e pós-graduações). Nos cursos técnicos encontramos turmas com aulas diárias ou semanais. A grande maioria tem 24 meses de duração, mas alguns chegam a 36 meses enquanto outros duram 12 meses.

Os atendimentos a pacientes – as chamadas práticas ambulatoriais – são geralmente supervisionadas e ocorrem geralmente fora dos horários de aula. Contudo, alguns coordenadores informam que as práticas ocorrem durante as aulas, entre os próprios alunos e que mesmo quando a instituição disponibiliza horários extra-classe para atendimento direto ao público, a frequência de estudantes mostra-se baixa. Isso indica que mesmo nos casos em que a carga horária prática anunciada é extensa, pode estar havendo um controle frouxo da efetiva frequência dos alunos. Dependendo da seriedade da instituição, o certificado de tais alunos pode não ser emitido, o que não impede que exerçam a profissão apenas com base no que aprenderam em aulas teóricas, comprometendo imensamente a qualidade do serviço.

É preciso ressaltar que mesmo com a ausência de regulamentação profissional e de formação, o Brasil é país membro da OMS, que publicou em 1999 as ‘Diretrizes sobre Treinamento Básico e Segurança em Acupuntura’ (WHO, 1999) numa parceria com a World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies (WFAS). Tal documento prevê a formação do pessoal em quatro níveis, conforme a Tabela 1:

³⁸ Variam de 300 a 2.000 horas.

³⁹ Hoje o COFFITO prepara prova de título para credenciar seus membros e não mais credencia instituições para o ensino.

Categoria do Pessoal	Nível de Treinamento	Acupuntura (ACU) Núcleo do Programa			Medicina Ocidental Moderna (MED) Teoria + Clínica	Exames Oficiais	Certificado
		Teoria	Prática supervisionada	Clínica			
Acupunturistas (não-médicos)	Curso completo do treinamento	1000 horas	500 Horas	500 horas	500 Horas	ACU + MED ¹	ACU
Médicos qualificados	Curso completo do treinamento	500 horas	500 Horas	500 horas		ACU	
Médicos qualificados	Treinamento limitado em ACU como técnica para seu trabalho clínico	não menos que 200h				ACU	
Pessoal de Saúde	Treinamento limitado em ACU para uso em atendimento primário	varia de acordo com a aplicação desejada				ACU	

¹ Exame de Estado em acupuntura e medicina ocidental moderna (a um nível adequado).

Fonte: WHO, 1999, p. 6 (tradução nossa)⁴⁰

Comparando a carga horária total recomendada na tabela com as informações obtidas em campo, pudemos perceber que nenhuma das escolas observadas atendem aos requisitos para treinamento completo, evidenciando que a formação no Brasil ainda é precária.

É importante destacar que a OMS recomenda formações parciais, com o objetivo de capacitar para o atendimento primário ou complementar ao trabalho clínico. Certamente alguns dos cursos de nossa amostra se enquadrariam nestes moldes. Contudo, no Brasil não existem os exames oficiais e não são estabelecidos os limite de atuação de cada profissional ao nível da competência adquirida durante a formação.

As diretrizes da OMS também incluem um currículo mínimo para o treinamento completo em acupuntura. Classificamos os conteúdos propostos em cinco categorias - relativas às cinco dimensões da racionalidade médica chinesa (RMC), conforme definidas por D. Luz (2006):

- *Cosmologia*: Disciplinas como História da MC e Teorias de Base estabelecem o contato com a forma chinesa de entender a vida e se relacionar com o mundo. São introduzidos conceitos como Tao, Qi, Yin, Yang e Wu Xing (cinco movimentos).
- *Morfologia*: Contempla a forma do organismo. Zang Fu (órgãos e vísceras,), trajetos dos canais de circulação principais e secundários e localização das cavidades (ou pontos de acupuntura) no corpo.

⁴⁰ Disponível em <<http://acupuntura.pro.br/downloads/who-edm-trm-99-1.pdf>>. Acesso em 07/12/2010

- *Dinâmica vital:* São estudadas as funções que as entidades descritas morfológicamente desempenham nos processos vitais do homem. Funções das cavidades, dos canais, dos Zang Fu (órgãos e vísceras), e das substâncias fundamentais – Qi, Xue (Sangue), Jin Ye (fluidos corpóreos), Jing (Essência/Sêmen) e Shen (Espírito).
- *Doutrina Médica:* Concepções teóricas sobre as origens e causas do adoecer, assim como a natureza e evolução do adoecimento.
- *Diagnose:* Como examinar os indivíduos e relacionar suas manifestações patológicas com as entidades morfológicas acometidas. Existem um total de dez ferramentas classificatórias para o adoecimento em MTC⁴¹.
- *Terapêutica:* Os alunos conhecem os princípios de tratamento e as diferentes modalidades de intervenção possíveis pela RMC, assim como suas indicações.

Outros conteúdos costumam compor as grades curriculares das formações. Classificaremos em quatro categorias:

- *Atendimentos ambulatoriais:* proporciona a vivência necessária para apreensão dos tópicos, principalmente no que tange às etapas do diagnóstico e usos das técnicas terapêuticas.
- *Elementos da Racionalidade Médica Ocidental Contemporânea (RMOC):* primeiros socorros e conhecimentos básicos em anatomia, fisiologia, patologia, embriologia e radiologia, além de histologia, biofísica e bioquímica. Tais conteúdos buscam facilitar a interlocução do acupunturista não apenas com o paciente ocidental, como também com os demais profissionais de saúde que o estão acompanhando com base na RMOC.
- *Tradução:* disciplinas que fazem uma abordagem cruzada entre as racionalidades médicas ocidental e chinesa. Ocorrem nas duas vias: de RMOC para RMC, concentram-se basicamente no diagnóstico, traduzindo uma dada patologia identificada pela medicina ocidental nas possíveis síndromes em que podem se manifestar. Já as traduções da RMC para a RMOC se dão principalmente nos mecanismos de atuação da acupuntura no corpo em termos de neurociências, identificados como seus possíveis mecanismos de ação.

⁴¹ De acordo com D. Luz (2006), tratam-se do *Ba gang bian zheng* (método dos oito princípios), *Zangfu bian zheng* (diagnóstico pelos órgãos e vísceras), *Liu jing bian zheng* (diagnóstico pelas seis camadas), *Wei qi xue bian zheng* (diagnóstico pelas seis camadas), *San Jiao bian zheng* (diagnóstico pelo Triplo Aquecedor), *Bing yin bian zheng* (diagnóstico pela origem da doença), *Qi xue bian zheng* (diagnóstico pelos padrões de Qi e sangue), *Jin ye bian zheng* (diagnóstico pelos líquidos orgânicos), *Wu xing bian zheng* (diagnóstico pelas cinco fases), *Jing luo bian zheng* (diagnóstico pelos canais e colaterais).

- *Outros*: Limitações da acupuntura, Orientações sobre segurança, Princípios éticos, Legislação (referente ao sistema nacional de saúde e jurisdições profissionais), Metodologia do Trabalho de Pesquisa (aplicada à RMC), Terapêuticas associadas, etc.

De uma maneira geral, todos os cursos abordam conteúdos de todas as categorias elencadas, mas a própria OMS não define a carga horária para cada disciplina. Apenas em oito dos vinte programas do corpus traziam a definição da carga horária dedicada a cada disciplina, apresentando grandes diferenças no que diz respeito ao tempo dedicado a cada conteúdo: disciplinas com grande carga horária em alguns cursos são ministradas em outros em um curto espaço de tempo. Os programas mostram-se tão variados que parece não haver uma sequência lógica, com pré-requisitos, como se os conteúdos pudessem ser apresentados ao aluno em qualquer momento do aprendizado. Tais diferenças só começam a fazer sentido quando analisamos os discursos dos coordenadores sobre o conceito de acupuntura.

1.4 – Reflexos das significações na elaboração dos programas

Podemos constatar que a significação da acupuntura apresenta-se em deslocamento, ocupando o que Bhabha (1994) chama de um “terceiro espaço”, um “entre-lugar deslizante”, onde se evidencia o caráter construído e arbitrário das fronteiras culturais. Este deslizamento ocorre com a constante interação entre os grupos envolvidos, e pode resultar em confronto quando dois sistemas culturais dialogam de modo agonístico, desestabilizando essencialismos e estabelecendo mediações entre teoria e a prática política. Nesta interação os atores, embora possam não ser totalmente conscientes do processo, não o deixam transcorrer de maneira totalmente fortuita ou aleatória.

Isto posto, não se pretende aqui definir acupuntura, senão revelar as tendências de significações por parte dos atores e seus possíveis resultados no campo da saúde. Nossa hipótese era a de que haveriam duas escolas de pensamento para a acupuntura no Brasil, guiadas antagonicamente pela RMC e pela RMOC, sendo a primeira difundida pelas escolas abertas e a segunda pelas escolas médicas. No entanto, durante a análise dos

discursos dos coordenadores e dos programas dos cursos, a questão mostrou-se muito mais complexa.

1.4.1 – Terapêutica: confusão entre acupuntura e medicina chinesa

É difícil definir o que é acupuntura... Porque a acupuntura é toda uma filosofia, não é só pegar e colocar agulha e curar doença. Na verdade você tem a questão do Taoísmo que é toda uma filosofia por trás que é a harmonia da pessoa com o ambiente que ela vive, com o universo, com o clima, é a pessoa inserida no meio que ela está vivendo. E o que eu entendo realmente da acupuntura ou da MC (que não dá pra separar só a acupuntura), é de entender estas relações e conseguir fazer a pessoa ficar em harmonia com o meio em que ela vive. E esta é que é a ideia principal. Seria muito fácil pegar aqui e, ah não, acupuntura é só colocar agulha em pontos específicos para curar doenças. Não é bem assim, até porque na base filosófica da acupuntura, o ideal é prevenir doenças. Tem elementos para identificar uma doença anos antes dela aparecer e com isso cortar aquilo ali. É dar toda uma série de orientações, que não é só também o tratamento, a gente trabalha com orientações também pra pessoa de estilo de vida e uma série de coisas. A acupuntura é parte da MC.

Podemos constatar pela colocação de Wang Shu Ho (P) que ocorre um processo metonímico, no qual a parte é tomada pelo todo e a acupuntura se confunde com a MTC. Segundo Zhang Zhongjing (L), “a palavra acupuntura ganha excepcionalidade em função da agulha ser um elemento exótico, mas ela é só uma técnica. O nome correto seria medicina tradicional chinesa”.

A substituição do termo ‘medicina chinesa’ por ‘acupuntura’ não decorre de mera desatenção e, apesar de parecer irrelevante de início, abre portas para a ocultação de toda a RMC. Os coordenadores são conscientes da imprecisão do termo acupuntura para designar a formação e tentativas de sanar o problema já foram levadas a cabo: em 2000 uma instituição mineira ofereceu vagas para o Curso Superior de Medicina Chinesa, através de uma parceria internacional de cooperação acadêmica com a Beijing University of Chinese Medicine (BUCM), com duração de cinco anos no Brasil e mais três meses de especialização no exterior⁴². Imediatamente o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (CRM-MG) e a SMBA reagiram, encaminhando denúncia à Secretaria de Ensino Superior do MEC e ao Procon-MG, e realizando uma campanha de ‘esclarecimento à população’. Segundo informe publicitário publicado em jornal de grande circulação no estado:

Não existem duas medicinas. Cursos superiores de Medicina, em qualquer localidade do país, são de competência exclusiva das universidades

⁴² O título seria emitido pela BUCM, e apesar do reconhecimento por associações internacionais, não era validado pelo MEC.

e faculdades de Medicina mediante ato de autorização do MEC – Ministério da Educação, com parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde [...]. Qualquer cidadão que se intitular ou for intitulado médico fora dos padrões acima descritos pode ser enquadrado em crime por falsidade ideológica e exercício ilegal da medicina, como previsto no Código Penal⁴³.

A instituição conseguiu formar a primeira turma, mas com tantos conflitos, não persistiu na utilização do nome.

A profissão médica tem sido uma das mais competentes em assegurar sua autoridade e hegemonia nas sociedades e seu status é anterior ao Estado moderno. O exercício da medicina sempre foi considerado algo a-histórico, naturalizado, cuja hegemonia permanecia inquestionável no que se refere a procedimentos em prol da prevenção, diagnóstico e tratamentos para reabilitação da saúde, seja ela individual ou coletiva. Podemos perceber a existência de uma clara confusão entre área médica e área de saúde, termos utilizados rotineiramente quase como sinônimos.

Entretanto, processos históricos têm ampliado as questões de saúde para muito além do escopo da medicina, mas ainda serão necessários muitos embates para um dia, quiçá, doutores em outras medicinas tenham o direito de usufruir do mesmo título. Segundo Li Shizhen (T), “nós regulamentamos como acupuntura porque é a única brecha que a lei nos dá”.

Apesar da questão semântica, na prática nenhuma das instituições ensina a acupuntura apenas em seu aspecto técnico, mas sim articulada com o referencial teórico da MC: conteúdos referentes às cinco dimensões da RMC (morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, diagnose e terapêutica) e sua cosmologia ocupam majoritariamente a carga horária dos programas de todas as instituições. No entanto, no que se refere à terapêutica, observamos que metade das escolas atém-se aos estímulos dos pontos como forma de tratamento: ensinam como usar agulhas, moxa, ventosa ou eletroestimulação, mas não incluem as demais formas de intervenção terapêutica da MC no programa de formação. Vejamos com mais detalhes cada uma das cinco modalidades terapêuticas da RMC, conforme D. Luz (2006):

- *Acupuntura*: A palavra foi criada pelos jesuítas no século XVII e significa (do latim acus pungere), o ato de puncionar com agulha. O próprio termo “acupuntura” denuncia perdas decorrentes do processo de tradução: o termo chinês original para acupuntura é Zhen Jiu, onde Zhen significa agulha e Jiu aquecer demoradamente, em referência ao uso da moxa – um preparado de folhas de artemísia usado para produzir aquecimento de

⁴³ Estado de Minas, de 13 de agosto de 2006.

áreas do corpo. Assim, Zhen Jiu seria a intervenção por meio de agulhas ou aquecimento de certos pontos (ou cavidades) no corpo com fins terapêuticos. A tradução para ‘acupuntura’ desatrelou desde o início as agulhas do uso da moxa, que assume papel secundário no ocidente.

- *Farmacopéia:* São utilizados ingredientes dos reinos animal, vegetal e mineral, de acordo com seus efeitos energéticos e suas propriedades de mobilizar Yin/Yang (ascensão, descida, emergência e imersão) no organismo, considerando a natureza (quente, morno, neutro, fresco e frio) e o sabor (ácido, amargo, azedo, picante, doce e salgado, fazendo relação com os cinco movimentos). No Brasil, tal ramo da MC é mais conhecido como ‘fitoterapia chinesa’, não somente porque é maior o uso das ervas que dos minerais e animais, mas também para minimizar embates com a indústria farmacêutica.
- *Dietoterapia:* Consiste em manter e recuperar a saúde por meio da alimentação, baseando-se na qualidade do estímulo às vitalidades (Qi, Sangue, Essência e Espírito) provenientes de cada alimento. São considerados aspectos como época da colheita, frescor, textura, forma, correlação com os canais e associação com o Yin/Yang e cinco movimentos (sabor).
- *Massagem:* é indicada nas doenças dos Zang Fu (órgãos e vísceras) e dos canais, assim como em torções e descolamento de vértebras. Vale-se dos mesmos fundamentos teóricos de outras modalidades, não se limitando a tratamentos tópicos sobre os tecidos e não tem compromisso com o relaxamento, como as massagens ocidentais. Sua finalidade é terapêutica.
- *Exercícios Terapêuticos:* São um hábito do povo chinês, que busca a movimentação do Qi por meio do movimento integrado de respiração, intensão e forma do corpo. Destacam-se artes marciais como o Tai Chi Chuan e o Kung Fu, mais conhecidos no ocidente, assim como o Qi Cun, onde a intenção do praticante aliada a certos movimentos conduz o Qi de maneira que mantenha, aumente ou recupere a saúde. Pode ser também utilizados para o tratamento de terceiros, onde o praticante mobiliza a energia do doente por meio de sua intensão, podendo tocá-lo para isso ou não.

Como ressalta Li Shizhen (T), “a diferença entre um curso de MTC e um curso de acupuntura é que no Brasil se mutila a MC: um faz acupuntura, outro faz massagem, outro faz fitoterapia, outro faz dietética, enfim, e na verdade tudo isso são aspectos de

uma coisa só, a MTC”. Sua escola está entre as instituições que buscam preparar o aluno para a utilização de todas as terapêuticas da MTC: “o nosso conteúdo programático ele pega toda a parte da MTC. A única coisa que a gente não botou aqui são os exercícios respiratórios, até por uma questão de espaço, a gente pretende fazer um terceiro andar onde incorporaremos a parte de exercícios respiratórios”. Por sua formação em biologia, botânica e ecologia vegetal, Li Shizhen (T) - paralelamente a um seleto grupo de pesquisadores brasileiros – presta ainda uma importante contribuição, estudando os usos das plantas nativas pelo enfoque da RMC – ou seja, de acordo com seus efeitos energéticos no organismo. Tao Hong-King (T) destaca a importância deste trabalho:

[Em nosso curso], nós damos a fitoterapia brasileira, não adianta você aprender a fitoterapia chinesa se você não está na China. É até um princípio da própria MC que os alimentos e os fitoterápicos eles tem que estar numa área, num ecossistema de até 100 quilômetros de onde você vive, senão não vai ter o mesmo resultado terapêutico que uma planta que venha lá do Japão ou da China, de outros países que tenham influência eletromagnética, cósmica, energética e até da própria terra diferentes da nossa. Então a nossa ênfase fitoterápica é na fitoterapia brasileira.

Outras instituições trilham o mesmo caminho:

O nosso curso tem uma parte muito importante de fitoterapia, porque a MTC que é o que nós ensinamos aqui, ela já é por si multidisciplinar [...]. Tem todo um elenco de recursos terapêuticos de acordo com a necessidade do paciente. Nós aqui entramos em todos estes itens (Tao Hong-King - T).

O curso é de acupuntura porque tanto a secretaria de educação quanto os conselhos federais da área de saúde, os conselhos de classe, eles acabaram reconhecendo a acupuntura, mas isso sempre me incomodou desde o início, enfim, porque eu penso a acupuntura dentro do contexto da MC. Então o nosso curso é um curso de MC e que tem o título de Acupuntura. [...] Procurei me especializar nos cinco recursos da MC [...] e vejo que a combinação deles é muito boa, tem uma capacidade e um poder de transformação do humano, neste contemporâneo muito doente que a gente vive (Sun Simiao T/P).

Segundo Huang Di (L), quando se pensa isoladamente em acupuntura, “você se vê reduzido em sua capacidade de resolver os problemas do paciente. Quando você estuda MC você tem que estudar todo o leque, embora na prática clínica você se especialize em uma área ou outra, você estuda todo o leque”.

No total, oito instituições abordam outras modalidades terapêuticas da MTC durante a formação (em geral farmacologia, dietética ou massoterapia), mas sempre de maneira um tanto superficial. Segundo Wang Shu Ho (P), “não tem como ser uma coisa muito aprofundada, fitoterapia em si é um ano de curso, na verdade a gente dá uma base do que é, de como é o trabalho”.

Segundo Li Shizhen (T),

na China, o que mais se valoriza é a fitoterapia, depois a dietética, depois as massagens e os exercícios respiratórios. Em quinto lugar vem a acupuntura. Mas uma formação completa em MTC exigiria um longo período, o que é difícil de se instituir no Brasil pela inexistência do status de graduação. Nós gostaríamos que o curso fosse de cinco anos, mas quando a gente fala em cinco anos, os alunos correm... Nosso curso é o mais longo, a maioria deles são dois anos, dois anos e meio. O nosso curso são três anos. Mesmo assim, quando a gente fala todos se espantam: três anos?! Quando chega no final dos três anos ninguém quer sair daqui. Mas tem esta resistência inicial e como os outros duram dois anos, fica difícil você estender mais.

Veja, meu curso é de três anos. Imagina uma pós-graduação de três anos, não existe! Pós graduação, costuma ser de seis meses. Imagina: eu fiz cinco anos de residência, período integral, todo o dia [...], dando aula e acompanhando os professores chineses. Como eu posso passar cinco anos de experiência diária em um final de semana por mês? A gente se adapta e tenta fazer o que dá (Huang Di - L).

Ausências dos demais recursos terapêuticos são mais constantes nos programas das escolas médicas: somente 20% inclui fitoterapia ou dietética chinesa, posto que tais conteúdos não constam do currículo mínimo definido pelo CMA. É fácil entender a resistência médica relativa ao uso de tais fármacos e ensino da medicina interna: o raciocínio para a prescrição não se pauta no princípio ativo isolado da planta, e sim na ‘energia’ da mesma, que são ingeridas como chás, sopas ou pulverizadas e encapsuladas (D. LUZ, 2006).

De toda forma, já é possível para aos formandos complementarem seus estudos, pois cursos específicos e de boa qualidade em todas estas modalidades terapêuticas são oferecidos por algumas instituições.

Ainda no que tange à terapêutica, há duas questões a levantar. A primeira se refere à inserção de outras terapêuticas no programa além das propostas pela RMC. Segundo Hua To (L) existem

terapias naturais aqui do ocidente que tem métodos maravilhosos. Florais, homeopatia, reiki, osteopatia, microfisioterapia, cinesiologia aplicada, são algumas das técnicas importantíssimas, que hoje em dia já tem assim uma certa base comum com a acupuntura. Por isso no meu programa faço questão de enfiar estas coisas também, de modo que a pessoa pode associar tudo isso e se tornar um grande terapeuta.

A segunda questão se refere às características particulares que a acupuntura assumiu ao se difundir por outros países da Ásia, como Japão, Tibete e Coreia. Conforme Cheng Xin-Nong (S),

cada país do oriente que adotou acupuntura, ela tem assim pequenas modificações de acordo com o costume local. Então o Japão tem uma acupuntura que não dói como a chinesa. Aquele tubinho de aplicação de agulha foi invenção de um japonês [...]. Eles fabricam agulhas mais finas, mais delicadas, menores. Eu costumo dizer que a acupuntura é um tronco só,

uma árvore só, mas um ramo dá uma flor vermelha, outro uma flor rosa, outro branca, saídas do mesmo tronco.

Tais perfis podem ser considerados casos isolados. Apenas uma das escolas adota a acupuntura japonesa como técnica principal: “Nós vamos desde coisas básicas até aperfeiçoamento, tanto em teoria japonesa quanto chinesa. Nossa linha é japonesa e chinesa. Como teoria tem que aprender os dois, mas na prática nós usamos a japonesa” (Tchen Kiuan - L). Uma outra oferece o curso de acupuntura japonesa como continuação, com duração de um ano.

Tem que aprender acupuntura chinesa porque só se fala nisso no mundo inteiro. Mas para muitos pacientes que tem medo de agulha se você for espetar que nem os chineses, vai perder o paciente. Então a continuação pra quem terminar este curso, eu recomendo, o paciente vai ser beneficiado, a agulha vai entrar pouquinho e com a mesma eficácia (Hua To - L).

Da mesma forma, a inclusão de outros recursos holísticos, quando acontece, não ocupa carga horária relevante nos programas. Isso ocorre porque a maioria dos coordenadores compactuam com Hao Yang Sang (L/P), segundo o qual

é importante deixar claro que o curso é na área da MC. Todos os recursos e todas as técnicas lecionadas sempre são da MC ou relacionados com a MC. Porque existem diversos outros cursos da grande área que se costuma chamar de medicina alternativa, que não tem por base teórica os conceitos da MC. Por exemplo, a gente tem a fitoterapia ocidental que tem todo o seu valor, mas a base teórica é outra. Nós temos os florais, excelentes recurso terapêutico, mas a base teórica é outra. Então no rigor do curso são ensinadas as técnicas oriundas da MC.

Esta é a postura da maioria das instituições. Sun Simiao (T/P) justifica:

Eu não uso floral, não trabalho com Reiki, não uso nada disso, nunca procurei me especializar nisso, porque cinco para mim já está de bom tamanho: alimentação, massagem, acupuntura, fitoterapia e exercício. Eu na realidade também preferi ao longo da minha vida profissional me aprofundar nestes recursos e não nos outros todos que tem por aí da medicina alternativa.

1.4.2 – O discurso neurofuncional na ocultação das dimensões cosmológica, morfológica e fisiológica da RMC

A cosmologia da MTC constitui-se de conceitos chaves, que fazem parte da própria tessitura cultural chinesa. A assimilação de tais conceitos por estudantes de acupuntura passa não apenas por uma apreensão cognitiva, mas requer um longo período de observação do mundo e experimentação de tais conceitos na vida cotidiana. É um processo cíclico de aprendizagem, onde uma compreensão teórica superficial vai sendo aprofundado e incorporado com o passar do tempo e a retomada constante.

Segundo D. Luz (2006), a cosmologia da MC pode ser apresentada através de sete conceitos que surgiram ao longo da história na China, numa complexa teia de interações entre várias escolas e tradições. São eles⁴⁴:

- *Tao*⁴⁵: pode ser traduzido como ‘caminho’ ou ‘via’, que se segue conjugando ação e reflexão. No taoísmo filosófico é considerado a origem não-dual do cosmo. Uma vez que precede a dualidade ser/não-ser, não se pode dizer que ‘seja’ isto ou aquilo. É indescritível, posto que qualquer descrição supõe necessariamente a existência de uma dualidade observador/fenômeno. É o princípio primeiro de onde se originam espontaneamente todas as coisas e fenômenos do universo. Apesar de misterioso, profundo e inenarrável, pode ser experimentado diretamente pelo homem: a realização pessoal da unidade com o Tao se obtém na simplicidade e, sobretudo, da prática da não-ação. O conceito de Tao fundamenta a ideia chinesa de saúde, que se manifesta quando o padrão cambiável da ordem vital mantém a vida com bem estar físico e temperança das emoções. Assim, o indivíduo passa a ser responsável pelo gerenciamento de seu estado de saúde, o que se consegue ‘seguindo o Tao’. Na concepção confucionista, outra base da MC, isso é feito por meio da observação de padrões de conduta, que se caracterizam pela moderação.
- *Céu Anterior e Céu Posterior*: são noções ligadas respectivamente às propriedades inatas (Céu Anterior) - referente às características dos genitores, e às propriedades adquiridas pelo indivíduo ao longo da vida (Céu Posterior).
- *Taiji*: Representado pelo famoso diagrama dos dois peixes, caracteriza a natureza polar do universo e estabelece que entre os polos existe um movimento contínuo de emergência, crescimento, plenitude e decréscimo, numa alternância gradual e harmoniosa entre Yin e Yang.
- *Qi*: Equivocadamente traduzido como energia, seria mais correto traduzi-lo por ‘sopro vital’. Literalmente, ‘vapores que emanam do solo em direção ao céu’. O Qi mantém a vida e sua circulação é vista como essencial para a manutenção da saúde. O Qi primordial se divide em aspectos, polaridades ou modalidades, que são o Yin e o Yang e as cinco fases (Wu Xing).

⁴⁴ Devido à importância de expor tais conceitos para que o leitor leigo no assunto possa compreender o argumento central desta dissertação, optamos por apresentá-los, ainda que de maneira breve. Lembramos que, pela complexidade de tais conceitos e a impossibilidade de uma tradução direta e literal dos ideogramas originais, trata-se de um imenso reducionismo.

⁴⁵ D. Luz (2006) usa o pinyin ‘Dao’. Optamos pela grafia ‘Tao’ devido à maior popularidade no Brasil.

- *Yin/Yang*: São os dois polos que, ao se oporem, se complementarem e se definirem mutuamente pela ação do Taiji, caracterizam a natureza cíclica e dual do universo. Toda e qualquer coisa ou evento pode ser concebida como um estado particular Yin/Yang, sempre de forma relativa. Se Yin/Yang se alternam, há harmonia e saúde. Se o círculo se imobiliza, levando ao predomínio exagerado de um sobre o outro, sobrevêm o caos e o adoecimento. A interação de Yin/Yang gera as cinco fases (Wu Xing).
- *Wu Xing*: traduzido comumente como cinco elementos, seria mais correto denomina-las cinco fases ou cinco movimentos, devido à sua natureza dinâmica. Todos os fenômenos naturais correspondem a uma destas cinco faixas associativas: Madeira, Fogo, Terra, Metal e Água. Estas fases estabelecem entre si uma série de ciclos. Os principais ciclos fisiológicos são os de geração⁴⁶ (sheng) e o de restrição⁴⁷ (ke). Ciclos patológicos surgem tanto da debilidade de uma das fases (que pode comprometer a geração da fase seguinte) quanto do excesso de uma delas (que pode levar a desequilíbrios de hiper-restrição ou contra-restrição entre a fase moderadora e a moderada), causando doenças.
- *San Cai*: traduzido como ‘três instâncias’, refere-se ao trinômio Céu-Homem-Terra. O Homem faz a ligação entre o Céu e a Terra, sempre buscando acompanhar as trocas de suas influências para manutenção da saúde.

Na análise dos discursos, pudemos perceber que a cosmologia chinesa está sempre embasando o discurso dos coordenadores de escolas abertas no que se refere à definição de acupuntura. Segundo Sun Simiao (T/P),

a acupuntura é um recurso criado pela MC e que tem por objetivo, utilizando agulhas, estimular o princípio vital que habita cada um de nós, fortalecer a nossa potência ativando a circulação de energia pelo corpo. O curso, apesar do nome, é de MC. A acupuntura é apenas um dos recursos, que ensinamos aliada a outros recursos. O curso está orientado no sentido de pensar no humano enquanto uma potência, enquanto uma energia vital, enquanto algo que é próprio dele e que quanto mais a gente tiver possibilidade de fortalecer esta energia vital, fortalecer isso que é próprio dele, fortalecer esta potência do cara, é ele que se cura. É o organismo dele que se cura. Então, tanto o shiatsu que é feito, a acupuntura que é feita, a fitoterapia que é feita, a meditação que é feita, o exercício que é feito aqui dentro do curso é no sentido disso, de fortalecer este princípio vital nesta pessoa, neste organismo.

De acordo com Zhang Zhongjing (L),

a mal chamada acupuntura é uma maneira do indivíduo conceber ou conceituar a existência. Ou seja, eu vejo como o universo se comporta e vejo que quando eu estou enfermo, eu estou em desarmonia com este universo.

⁴⁶ A Madeira alimenta o Fogo, que por meio das cinzas nutre a Terra, que gera o Metal, que se liquefazendo gera a Água, que por sua vez alimenta a Madeira, reiniciando o ciclo de geração (sheng).

⁴⁷ A Madeira fura a Terra com as raízes, a Terra represa a Água, que apaga o Fogo, que por sua vez derrete o Metal, que corta a Madeira, reiniciando o ciclo de restrição (ke).

Vejo que este universo é composto de várias coisas e eu também sou composto das mesmas coisas e na medida que eu estudo este universo e entendo algo deste universo e vejo que este universo está em mim, através da acupuntura eu procuro fazer uma simbiose com isso. Então é uma maneira de ver a vida e de viver a vida. O importante é isso.

Tais concepções cosmológicas sustentam diretamente as demais dimensões da RMC. Em termos morfológicos, o corpo é descrito como um tecido constituído pelo Qi e composto por órgãos (Zang), vísceras (Fu), cavidades e canais de circulação⁴⁸. Em termos fisiológicos (dinâmica vital), o Qi e as demais substâncias fundamentais à vida compostas por ele (Sangue, Fluidos Corpóreos, Espírito e Essência) percorrem os canais de circulação, mantendo a vida e nutrindo os Zang Fu (órgãos e vísceras).

O estímulo das cavidades interfere no fluxo dos canais de circulação. Por isso os tratamentos são feitos com estímulos não apenas no local acometido, mas também através de cavidades ‘distais’ (localizadas fora da região afetada), obtendo resultados imediatos e incompreensíveis dentro do referencial anatômico ocidental. Além das ações locais e distais, as cavidades apresentam funções específicas sobre o Qi do organismo, com efeitos mais amplos⁴⁹. São 365 cavidades clássicas, cujas localizações e funções são descritas com precisão após muitos séculos de observação e pesquisa empírica. Li Shizhen (T) define os efeitos das agulhas através de uma analogia com lençóis de água:

Na terra, você fura um poço para a água aflorar na superfície. A acupuntura é a inserção de agulha em pontos por onde afloram estes canais de energia, que são estes lençóis d’água que vem na superfície da terra, e através desta inserção de agulhas a gente pode diminuir este caudal energético, lentificar, sedar, a gente pode aumentar, acelerar, tonificar para reestabelecer o equilíbrio: quando está em excesso a gente seda, quando está em deficiência a gente tonifica e para isso tem todo um conhecimento.

Porém, desde a chegada da acupuntura no ocidente alguns acupunturistas já se utilizavam dela “limitando-se à ação local sobre a dor e negligenciando o trabalho com a energia vital” (BEAU, 1982, p.12), o que desencadeia uma total ressignificação da mesma. Isso se evidencia na definição do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura (CMBA),

⁴⁸ conhecidos como ‘pontos’ de acupuntura (noção que remete erroneamente a uma bi-dimensionalidade dos mesmos) e ‘meridianos’ (dando a ideia de linhas divisórias, repetindo a distorção na tradução).

⁴⁹ Por exemplo: o ponto IG4 (quarta cavidade do canal do intestino grosso) que se localiza no dorso da mão (especificamente na metade do segundo metacarpo), pode ser usado para tratar problemas locais, referentes à região em que se encontra, (como dedo em gatilho decorrente de uma inflamação do tendão) ou problemas distais da face (como cefaleias ou odontalgias). Além disso, pode ser estimulado em função de sua capacidade de promover a circulação do Qi estagnado, o que desencadeia efeitos em todo o sistema: melhora da constipação com aumento dos movimentos peristálticos, normalização de fluxo menstrual ou ainda diminuição de dores em geral, posto que em MC as algias associam-se à estagnação de Qi.

Além do sentido restrito de ‘agulhamento’, acupuntura pode ter um sentido mais amplo ao ser entendida como um conjunto de conhecimentos médicos, sobretudo neuro-imuno-endócrinos, que conduzem a um tratamento clínico, de natureza estimulatória primariamente neural, por meio de procedimentos, sobretudo invasivos, ativadores de zonas neuroreativas de localização anatômica definida, com a finalidade de obter resposta de promoção de analgesia, de normalização de funções orgânicas e de modulação imunitária⁵⁰.

W. Harvey enfatiza alguns pontos desta visão. Segundo ele

Acupuntura é uma forma de estimulação neural. O estímulo neural percorre as diferentes vias nervosas, as redes, as vias, medula, tronco cerebral, córtex cerebral e neste trajeto, o organismo vai deflagrando uma série de respostas. São alterações geralmente no sentido de adaptação, reações adaptativas provocadas pelo estímulo periférico, alterações estas que recebem uma neuromodulação, você neuromodula do ponto de vista contemporâneo.

Eu digo isso para os meus alunos. Eu começo o meu curso botando agulha no aluno e perguntando o que eu estou fazendo. Mexendo no Qi, mexendo na energia. [...] Isso é uma linguagem, mas não é a minha linguagem. E a outra linguagem? Eu estou fazendo uma estimulação neural periférica. É isso que eu digo e para o paciente também. [...] Você modula.

Qual o conceito de neuromodulação? Você tem o seu organismo o tempo inteiro exposto a influências externas e internas, psíquicas. Estas influências internas e externas tendem a provocar alterações no seu organismo, seu sistema nervoso reage, porque o sistema nervoso está presente em tudo, ele tem tanto as funções sensoriais todas, de visão, de gustação, de olfato, de toque, etc, etc, e aquilo ali é preparado para absorver os estímulos externos e internos que estão chegando no organismo [...].

O sistema nervoso se modifica o tempo inteiro para que ele fique sempre em condições homeostáticas ideais ou próximas do ideal. [...] Quem mantém o estado de saúde normal é o sistema nervoso. E quem mantém os estados patológicos funcionais crônicos também é o sistema nervoso. E o que se descobriu, é que agindo no local, você tem a neuroestimulação periférica, que você pode fazer com agulha de acupuntura, com laser, com massagem, com choque elétrico, com eletrodo ligado na pele. Uns são melhores que os outros. Isso é neuroestimulação periférica, dos quais a acupuntura é um destes métodos. E o que que ela produz? Ela tende a reverter este estado patológico crônico, tente a neuromodular este organismo para reverter o estado patológico, fazendo desaparecer estas alterações, que se são só funcionais, é muito melhor de trabalhar, mas elas, com o tempo, elas viram estruturais.

A significação neurofuncional da acupuntura foi identificada no discurso de todos os cinco coordenadores de cursos médicos entrevistados. Segundo A. Vesalius: “Acupuntura seria uma técnica de punção e agulhar com o objetivo de regular o corpo e na maioria das vezes aliviar a dor e provoca uma liberação de endorfina, morfina e cortizona, então analgésico e anti-inflamatório. Então tem este efeito.”

O que eu os chinesas descobriram é que estimulando determinadas partes do corpo, o estímulo que é feito, isso vai para medula, da medula vem pro encéfalo, do encéfalo aí vem a resposta. [...] Esta resposta o que que faz? Faz o olho dilatar, faz o coração bater mais depressa, aumenta a circulação de sangue no corpo, diminui a atividade dos órgãos, dos intestinos,

⁵⁰ Disponível em <<http://www.cmiba.org.br/principal/historia>>. Acesso em 07/02/2011.

dos órgãos internos, alguns se fortalecem, por exemplo, começa a eliminar adrenalina, isso é pra mostrar que um estímulo que você fez aqui na mão desencadeou uma cascata de reações. Só que o que chineses descobriram, identificaram é que [estimulando uma] determinada área do corpo a eliminação é maior em uma determinada parte (A. Cochrane).

No entanto, nenhum dos clássicos da MC atribui ao encéfalo⁵¹ ou a qualquer estrutura do sistema nervoso os resultados dos tratamentos por acupuntura. De acordo com Ysao Yamamura (médico e vice-presidente da AMBA), em seu livro publicado em 1993 (portanto antes do reconhecimento da acupuntura como especialidade médica), os ‘pontos’ são

locais circunscritos da pele, com alguns mm², por onde a Energia dos Canais de Energia e dos Órgãos internos atinge a superfície. São aberturas dos Canais de Energia onde o fluxo de Energia troca de intensidade e de direção.

Os pontos de Acupuntura funcionam como meio de comunicação entre o Exterior e o Interior do nosso corpo; por isso, os pontos de Acupuntura estão sujeitos a receber diretamente as influências das Energias Celestes e das Energias Perversas, transmitindo-as para os Canais de Energia que, por sua vez, transmitem-nas para os Órgãos e Vísceras e, estes, para os tecidos (YAMAMURA, 1995, p. 40).

Ao traduzir a acupuntura para a linguagem neurofuncional, cria-se um discurso que nega o sistema integrado do qual a acupuntura se origina. Segundo Santos (2008), um processo legítimo de tradução assume uma forma hermenêutica diatópica, que busca os aspectos que cada saber ou prática consideram mais relevantes e exige que o perito tenha o intuito de promover o outro nos termos do outro. Esta não parece ser aqui a intenção: num processo ativo de produção de não-existência, o uso de agulhas como técnica terapêutica é re-apropriado em outro contexto – o da RMOC, ocultando-se as dimensões morfológica, fisiológica e cosmológica da RMC que a embasam.

Porém, a constatação que se faz ao nível discursivo não encontra respaldo quando se observa os programas de formação das escolas médicas. Pudemos constatar que a RMC é abordada em todos os seus aspectos e ocupa majoritariamente as aulas. A diferença fundamental entre os programas médicos e os das escolas abertas é que aquelas dedicam uma parte da carga horária (em média 20%) à abordagem das ações neurofisiológicas da acupuntura e as evidências científicas de seus efeitos. A proposta do CMA é que tais conteúdos se concentrem logo no início do curso (Anexo D).

⁵¹ De acordo com Maciocia (1996), na MC o cérebro é considerado uma víscera curiosa (Fuqiheng), sem funções definidas e sem maior importância. Estaria sobre o controle do Rim (ligado ao elemento Água), da mesma forma que a medula (espinhal e óssea). Toda a regulação das funções do corpo estariam sob comando dos Zang Fu (órgãos e vísceras), inclusive a capacidade cognitiva (sob controle do Baço) e as emoções (geradas pelos órgãos e comandadas em última instância pelo Shen - Espírito Supremo - que reside no Coração).

Ao ser questionado sobre porque o curso que coordena se inicia pela fisiologia da dor, bases neuroquímicas e analgesia, deixando conteúdos de MC para o final do curso, A. Vesalius afirma que isso se deve à complexidade da filosofia da MTC.

Se nós colocamos bem no começo do curso, metade dos alunos desistem. [...] Em vez de você dar um monte de filosofia chinesa de difícil compreensão e eles não verem pra que serve, a gente fez o contrário, a gente fez: a prática funciona. Agora vamos tentar descobrir porque e como. Temos esta tradição de ensinar o que realmente funciona na prática e pelo funcionamento despertar maior curiosidade ao aluno de querer aprender mais.

Contudo, esta conduta favorece o viés neurofuncional na significação da acupuntura por parte dos alunos médicos, já propensos à RMOC em função dos conhecimentos adquiridos na graduação. Da mesma maneira, a obtenção de resultados através de uso precoce de pontos locais pode ter o resultado inverso do esperado, causando um comodismo que desencadeia um uso técnico da acupuntura desatrelado das outras dimensões da RMC, conduta que restringe os resultados do tratamento apenas à analgesia e alívio de sintomas e permite a perpetuação das causas do desequilíbrio. Assim, a cura muitas vezes não é alcançada, transformando a acupuntura praticada nestes moldes em meros cuidados paliativos.

Porém, esta opção não é unânime entre os coordenadores dos cursos médicos. Nogueira (2006, p. 192) relata que pode constatar via observação etnográfica nas aulas do Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro (IARJ) que durante o módulo de ‘Bases da Medicina Chinesa’ - primeiro contato dos alunos com estes saberes, com quatro meses de duração, os professores anunciavam que era preciso ‘mudar os paradigmas’: os alunos eram convidados a entrarem em um mundo novo e transitarem por uma nova linguagem. R. Virchow também faz uma adaptação na proposta do CMA e não inicia o curso pela neurofisiologia e neuroanatomia:

Eu particularmente, eu primeiro dou uma visão panorâmica, depois eu entro com a MC, porque se eu começar a falar de neurofisiologia eu vou espantar uns vinte. Eu não quero espantar os alunos de cara. Eu penso assim, tem colega que pensa diferente. O aluno está querendo ver outras coisas. Aquilo ele já sabe, já passou na escola, quer ver novidade, quer saber como que faz acupuntura, quando que funciona, como é que funciona. Então eu começo com as teorias de base da MC. Entremado eu vou pondo módulos de medicina ocidental científica, para recordar naquilo que a gente vai precisar.

Assim, a demanda pelos saberes orientais surgiria inclusive dos alunos.

A maioria dos alunos que procuram a gente pra fazer curso de acupuntura são profissionais que estão absolutamente esgotados e sem fé e sem graça e que não gostam mais do que eles fazem e são pessoas que já tem uma certa estrada, já trabalharam, já sofreram e são descrentes com a medicina (W. Harvey).

Quem faz acupuntura já tem cabeça um pouco diferente, tem pensamento mais intuitivo, tem pensamento mais voltado à natureza, então quando nós falamos, por exemplo, que este calor aqui, a secura provoca doença e a MC tem toda explicação como acontece, então o pessoal assimila bem [...]. Aí diz: - Nossa, era isso que eu queria mesmo entender: como é que as nossas emoções podem estar provocando a doença, o tempo, o meio ambiente podem provocar doenças (A. Cochrane).

A partir de tais relatos, podemos constatar que não há um consenso estabelecido no meio médico: apesar de todos os coordenadores de escolas médicas adotarem o discurso neurofuncional nas entrevistas, este não chega a substituir os conhecimentos oriundos da RMC, evidenciando uma tendência à coexistência entre os saberes. Nenhum dos coordenadores chega a rejeitar efetivamente a RMC, fato que se evidencia tanto na análise dos conteúdos previstos nos programas, quanto nas falas dos coordenadores. Segundo R. Virchow:

Eu particularmente acredito e comungo com outros colegas a crença de que a gente tem que ensinar tudo pro nosso aluno. Eu ensino tudo. Ponho na mão dele tudo, sem preconceito, estude tudo. Depois você vai escolher: eu quero fazer só MC, eu quero fazer só científica, detesto este negócio de MC. Tudo bem. Mas você tem que saber. Tem que se dar conta deste conhecimento, porque é sacanagem eu ensinar para os caras só acupuntura científica igual muitos querem e relegar só um pedacinho de histórico do que os chineses nesta trajetória que eles construíram, entendeu?

L. Pasteur faz uma tentativa de conciliação:

A acupuntura é uma técnica que consiste da inserção de agulhas em pontos pré-determinados do corpo para obter efeitos terapêuticos. Estes pontos podem ser vistos de duas maneiras: a maneira tradicional chinesa, na qual estes pontos são áreas aonde você tem uma concentração de Qi, que é, vamos chamar, função orgânica, e na visão ocidental a gente chamaria de áreas neuroreativas, que são áreas que tem uma concentração maior de vibrações do sistema nervoso.

Em termos de prática clínica, W. Harvey foi o único que declarou utilizar exclusivamente um raciocínio neurofuncional da acupuntura. Apesar disso, ele reconhece o valor e a utilidade da medicina chinesa, apesar de não dominá-la. Quando questionado sobre a necessidade de ensinar aos alunos as funções energéticas dos pontos de acupuntura, afirma que não “interessariam aquelas funções pra quem não trabalha com isso. O importante seria o conhecimento da anatomia⁵²”.

Surpreendentemente, ele informa que entre os médicos acupunturistas “o pensamento é o pensamento da MC. [...] Quem está no comando do CMA acha que a

⁵² A partir de seu discurso, adotaremos o termo ‘acupuntura neurofuncional’ para os que a praticam com base na RMOC, em oposição à ‘acupuntura tradicional’, baseada na RMC.

prática da acupuntura é a prática da MC”. Nem mesmo no curso que coordena conseguiu implementar mudanças mais radicais nos conteúdos:

Para montar um curso de especialização, você tem que ter um corpo clínico, você tem que ter professores, eu não tenho. De professores mesmo do nosso curso ligados a universidade só tem dois: eu e um outro que faz MC, Marco Aurélio da Silva, os auxiliares, os convidados, fazem todos MC. Não é fácil. Eu também acho que eu precisava saber mais, estudar mais, é uma responsabilidade grande fazer uma proposta desta. Eu também não sei se estou com gás neste momento.

O exposto nos faz concluir que, na prática o processo de ocultação da MC no ensino da acupuntura para médicos pode ser mais brando do que alguns coordenadores da área buscam demonstrar em seus discursos: mantém-se nos cursos exclusivos o ensino da RMC. Os onze pontos de conteúdos exigidos para a prova de título do CMA⁵³ (Anexo E), apenas dois se referem à RMOC, os demais abordam a MTC.

A força do discurso neurofuncional parece ser necessária apenas para atender aos interesses dos acupunturista médicos. De um lado, foi o principal subterfúgio para conseguir a inserção da acupuntura no rol das especialidades médicas e obter reconhecimento por seus pares. De outro, embasa a defesa do monopólio médico da prática: se os conhecimentos requeridos para seu exercício não pertencem à RMOC, nada impede que seja praticada por quem domina tais conhecimentos, mas tratando-se de um recurso da medicina ocidental, seria necessária formação médica para praticá-la.

Contudo, o discurso neurofuncional estabelece bases para o pleito da oferta exclusiva da acupuntura por médicos e busca forças ainda em outra dimensão: a questão do diagnóstico.

1.4.3 – Doutrina Médica e Diagnose: conseqüências da subordinação no itinerário terapêutico

A doutrina médica chinesa apresenta uma conceituação positiva de saúde, na qual a essência vital do indivíduo pode ser incrementada através de alimentação, fitoterápicos e exercícios físicos. Assim, “mesmo que o indivíduo não apresente nenhuma doença, sempre pode aumentar sua vitalidade” (D. LUZ, 2006, p. 107). O adoecimento é visto como a “alteração maléfica das configurações da vitalidade” (ibid.) que ocorre dentro do indivíduo, entre o indivíduo e a natureza e/ou entre o indivíduo e a sociedade (ROSS, 1994).

⁵³ Disponível em <http://www.cmba.org.br/downloads/edital_teac_2011.pdf> Acesso em 05/02/2011.

Nosso corpo está sujeito a duas forças. A força externa, influência da natureza sobre o corpo, e a força interna, que são as alterações das emoções que podem trazer patologias. Então a doença seria o desequilíbrio desta harmonia tanto interna quando externa. Se muda a natureza externa, o meu corpo tem que se adequar a elas, senão eu adoço. Se mudam as emoções, meu organismo tem que estar suficientemente forte pra ele não adoecer perante esta carga emocional alterada (Tao Hong-King - T).

Você é uma entidade espiritual que se manifesta e que tem uma realização. Por isso o Tao Te King é o caminho da virtude. O que é a virtude? A virtude é a realização do seu espírito. É você fazer aquilo que te dá prazer. Qual é sua virtude? Qual é o seu caminho? Isso também é Acupuntura! Existem determinados pontos que se chamam Caminho, determinados pontos que se chamam Virtude, determinados pontos que se chamam Espírito. Isso está nos textos clássicos, que o Mao Tsé Tung e que os franceses deram ênfase em cortar, porque eu não quero um indivíduo que faça o que sente, eu quero um mecanismo de massa de manobra. Então, nosso papel também é esse: [impulsionar para] a realização do seu destino, da sua virtude (Zhang Zhongjing - L).

Neste contexto, a noção de doença delinea-se como

uma manifestação do ser num processo contínuo, em que tanto pode ser mais denso e materializado como pode ser mais sutil. Ou seja, esta expressão do ser [...] quando ela é mais materializada, você tem as doenças físicas localizáveis, quando ela é mais sutil você tem o que a gente chama das doenças mais emocionais. O que eu quero te dizer é que eu acredito muito pouco nesta visão da psicossomática: a causa no emocional que se reflete no corpo, ou a causa no corpo que se reflete no emocional. Eu entendo que isso é simultâneo no corpo e no emocional porque não tem um corpo e um emocional separados. [...] Pra mim não é a coisa do emocional que manda tudo, da cabeça que manda tudo, longe disso, eu penso o humano enquanto corpo e espírito junto, combinado, inseparáveis, não sei aonde termina o corpo e aonde é que termina o espírito, não sei aonde é que termina a mente e onde termina o corpo e acho que uma coisa afeta o corpo e a mente num mesmo momento (Sun Simiao, T/P).

A acupuntura é uma técnica de autoregulação biológica. Isso faz com que ela possa ser usada em qualquer patologia, o que não significa que ela vá curar qualquer patologia e nem ser o mecanismo principal. Mas você poderia usá-la de maneira geral para qualquer pessoa que tenha um desequilíbrio, que tenha uma doença. Ela vai ser ajudada com acupuntura. Se vai ser o suficiente para obter a cura, muitas vezes ela não tem capacidade de fazer isso sozinha, mas ela é uma ferramenta que sempre vai poder dar este respaldo (Pien Ch'iao – T/P).

“A acupuntura trata o indivíduo, em toda e qualquer situação. Nem sempre cura, mas em praticamente todos os casos pode oferecer uma melhora na qualidade de vida” (Fou Hi - P).

De antemão você não poderia estabelecer nunca: ela vai funcionar para tais casos ou ela não vai funcionar para tais casos. A Acupuntura é eficaz para fortalecer este princípio vital e a partir daí observar se este indivíduo, com este princípio vital fortalecido, consegue se curar. É claro que eu estou querendo fugir de uma discussão sintomática da acupuntura.

A Acupuntura é sempre uma aposta no indivíduo. Você estimula bem certos pontos através de uma combinação, através de um conhecimento da função destes pontos e o curso se propõe a isso, você estimula e vai ver aquele organismo naquele momento, qual vai ser a resposta que vai

acontecer. Não acho que é isso, se o sujeito acredita, se o sujeito não acredita, não vejo que é por aí, mas eu vejo que a acupuntura funciona fortalecendo esta potência que cada um de nós tem.

Isso depende de inúmeras variantes: do sujeito que está fazendo, do outro que vai receber, do momento que aquilo ali está acontecendo, o que que ele faz depois daquilo ali, o que que ele fez antes daquilo ali, enfim, inúmeras variantes. O vigor que esta pessoa tem, se a acupuntura consegue despertar, enfim, o elan que ela tem para a vida e tantas outras coisas, as mudanças que ela consegue imprimir na vida dela. Então eu diria que a acupuntura de fato ela não está ligada no sintoma. Você não pode pensar a acupuntura a partir do sintoma, você tem que pensar a acupuntura a partir do sujeito, a partir da energia vital daquele cara, da potência de vida que aquele cara tem. O investimento é ali, e aquilo ali vai dar conta né, se você fortalece aquela potência, aquilo ali, a inteligência do organismo ela tem condições de dar conta. O acupunturista tem que sair um pouco desta egotrip de achar que é ele que resolve isso, que resolve aquilo (Sun Simiao, T/P).

A. Cochrane explica como se dá a evolução da enfermidade, de acordo com a doutrina médica chinesa:

Nós temos três níveis de adoecimento. Um, com mais certeza, nível orgânico. Então quando nós temos doença tipo tumor ou hérnia de disco, então geralmente neste período precisa ou tratamento cirúrgico ou ainda não, este é o estágio mais avançado de uma doença. O segundo estágio é inflamação ou funcional. Neste caso indivíduo têm sintomas mais exames laboratoriais positivos. Ele é diabético, tem açúcar alto, mas ainda não precisa ter lesão. [...] E a primeira fase é energética. Ou seja, energia do nosso corpo tá enfraquecida, só tem sintomas, mas exames normais. A medicina ocidental por enquanto ela atinge só o três e o dois e a MC abrange todos, principalmente um e dois.

Doença é grande desequilíbrio energético que começa na área espiritual, depois vai pra mental, depois para energético, depois vai para físico. A não ser que a pessoa tenha sofrido um acidente de automóvel, aí é melhor recorrer à medicina tecnológica, que esta medicina oficial serve para tiros, facadas, atropelamentos, acidentes e epidemias, é para isso. Só para isso (Hua To, L).

Com esta fala, Hua To contrasta a perspectiva das duas doutrinas médicas. De acordo com Ross (1994, p.6), “a medicina ocidental tende a ver todos os fatos em termos de estrutura, de morfologia, de anatomia e de histologia, além da bioquímica molecular”: a estrutura constitui a armação material e a função é tida como os resultados desta armação. Desta forma as patologias também estão relacionadas com alterações das estruturas:

a avaliação das doenças passa pela identificação de lesões verificáveis (ainda que a nível molecular). Tudo o que não for verificável ou numericamente exprimível é excluído do campo de investigação como sendo ‘subjeto’ - portanto não científico (vale dizer: ‘inverídico’) (D. LUZ, 2006, p.110).

Tal significação de adoecimento interfere na perspectiva de eficácia do tratamento:

[A acupuntura é] eficaz pra tratar dor, basicamente, é o carro chefe da acupuntura. Poderia simplificar que a acupuntura trata excelente e cura

disfunções / alterações funcionais, e não alterações estruturadas, estruturais, orgânicas. Por exemplo, enxaqueca. Você faz todos os exames e não tem lesão nenhuma, cólica menstrual, você faz todos os exames e não tem lesão organizada. Nisso a acupuntura trata, funciona e cura. Agora, existe doença, como desgaste da articulação do joelho: gastou, não é a acupuntura que vai rejuvenescer a articulação. Então isso seria uma doença orgânica, então vamos lá: doença funcional acupuntura, trata e pode curar. Doença orgânica, acupuntura trata e ajuda aliviar a dor. Então, por exemplo, câncer eu não gosto de tratar câncer e nem as infecciosas, né? Na opinião minha eu não vou tratar com acupuntura (A. Vesalius).

As principais indicações da acupuntura são para tratamentos de distúrbios funcionais, incluindo a dor funcional. O que são distúrbios funcionais? [...] a grande maioria das doenças e dos motivos que traz as pessoas para este ambulatório eles não sou conhecidos, ou são atribuídos a causas psicológicas. [...] O que se descobriu é que a grande massa de pacientes que não tem diagnósticos são portadores de distúrbios funcionais e eles não têm diagnósticos é exatamente porque o distúrbio é funcional, é de função (W. Harvey).

Tal relato evidencia que inúmeros pacientes que procuram médicos para relatar suas queixas são lançados numa ‘lacuna’ diagnóstica. Huang Di (L) explica: “na medicina moderna você tem uma enorme lixeira que vai falar de doenças idiopáticas ou primárias. Isso não existe na MTC, não existe doença primária, idiopática na MTC”.

O médico ocidental diria: doente é quando tem exames positivos. Mas nós podemos ter doenças energéticas. Ele tem só sintomas e exames normais. Mas tudo isso já é doença. Esta doença energética, por exemplo: você acorda cansado. No dia seguinte você está bem. Então algo está errado, o que aconteceu pra você acordar cansado? Alguma coisa. Só este significado já tem um diagnóstico. Então vem: quem dá força para o indivíduo? É o Shen, que é significado Rins. Então, quando o Shen está fraco, Rim está fraco, indivíduo acorda cansado. Agora quando o Rim enfraquece, então vem [outros sintomas], por exemplo: acordar a noite pra fazer xixi, ou vem emoção medo, ou pés frios. Então tudo isso é uma maneira de diagnosticar que o Rim está fraco. Por isso você acorda cansado (A. Cochrane).

Segundo Ross (1994, p.6), a dicotomia entre estrutura e a função não existem na MC, que percebe a estrutura e a função como algo contínuo, não fazendo distinção nítida entre elas. Este ponto traz a tona um dos aspectos centrais de conflito entre os acupunturistas que trabalham com significações distintas: a questão do diagnóstico.

Os médicos afirmam que os demais acupunturistas não são aptos para diagnosticar doenças. O material publicitário intitulado “Acupuntura - O que você precisa saber” distribuído pelo CMA, afirma que “quando realizada por profissionais sem a devida qualificação, [a acupuntura] tem se revelado extremamente danosa”. Tais complicações ocorreriam devido ao “despreparo para diagnosticar e tratar doenças: Para se iniciar o tratamento de uma doença, ela precisa antes ser diagnosticada. Caso contrário, poderiam ser tratados somente alguns sintomas, enquanto a doença propriamente dita evolui perigosamente”.

No entanto, como mencionado, os conceitos de doença das duas racionalidades médicas são distintos, e as doenças identificáveis pelo diagnóstico nosológico⁵⁴ ocidental não encontram correspondência direta com o diagnóstico da RMC.

Muitos vão dizer que a MC não trata a doença, trata o doente. Não é verdade. A MC trata a doença - da MC. A MC não trata resfriado. Ela trata uma condição que é chamada de ataque de vento que pode ser de vento frio ou vento calor, é isso que ela trata, que é a doença. E aí, a doença na MC ela é de acordo com o momento que o paciente apresenta, ela é classificada de acordo com um agrupamento de sinais e sintomas e a gente vai chamar isso de síndrome. Ela trata a doença através da síndrome que o paciente apresenta. No ocidente a gente chama isso de AVC ou derrame e na MC tem um termo que é Zhong Feng que é literalmente igual ao do resfriado, que é Ataque de Vento e os sintomas vão indicar como é que eu vou tratar. Então ela trata a doença, da MC (Hao Yang Sang - L/P).

Vejamos outro exemplo. Uma dada algia de punho recebe o diagnóstico biomédico de ‘tendinite’, que é também percebida como a causa da dor. Na MC a dor no punho seria apenas a consequência, uma manifestação de uma desarmonia energética. Por si só, a tendinite não permite identificar a síndrome apresentada pelo paciente, que poderia estar manifestando um padrão de estagnação do Qi (energia vital) do Gan (fígado) ou a deficiência do Yin do Gan (fígado) ou mesmo uma invasão de frio no meridiano do Triplo Aquecedor⁵⁵.

Cada um destes diagnósticos sindrômicos exigiria um tratamento diferente. Assim, dois pacientes com um mesmo diagnóstico biomédico seriam tratados com o mesmo medicamento alopático, mas nos termos da RMC podem apresentar diferentes desarmonias energéticas e necessitar de tratamentos distintos, seja na escolha das cavidades, na forma de estimular (tonificação para quadros de vazio, sedação nos quadros de excesso, ou ainda harmonização) ou na escolha da terapêutica (moxa, acupuntura, fitoterapia, exercícios físicos, etc). Segundo Zhang Zhongjing (L):

O importante é fazer o diagnóstico correto. Depois, se eu vou fazer massagem, se eu vou botar agulha, se vou usar moxa ou ventosa, se eu vou sangrar, se vou usar martelo de sete pontas, se eu vou usar um rolo, pentes pra escamar, se vou utilizar fitoterapia, se eu vou fazer Qi Cun ou Qi Cun à distância, são as técnicas. Existem várias técnicas dentro da MC, que o aluno deve dominar pra saber o que fazer em cada situação, mas a parte importante é saber fazer o diagnóstico preciso pra saber quando aplicar estas diferentes técnicas. Aí entra toda a parte de diagnóstico em MC.

⁵⁴ A nosologia (do em grego: *nósos*, doença, *logos*, tratado, razão explicativa) é a parte da medicina que classifica as enfermidades em geral do ponto de vista explicativo (isto é, de sua etiopatogenia).

⁵⁵ De imediato, constatamos que os termos utilizados causam estranheza a qualquer ocidental. O próprio termo Gan (traduzido como fígado) não correspondente exatamente ao órgão anatómico, incluindo um conjunto de atividades funcionais atribuídas ao sistema fígado, integrante do elemento Madeira. As funções do Gan em nada se assemelham às funções do órgão fígado: o Qi do Gan é responsável pelo livre fluxo energético no corpo e o Yin do Gan é responsável pela boa nutrição de todas as articulações.

Desta forma, diagnosticar em MC consiste em identificar o padrão de desequilíbrio energético que origina o sintoma, o que só pode ser feito contextualizando-o em relação a outros sinais apresentados pelo paciente (sejam eles físicos, fisiológicos ou comportamentais). Isso evidencia a característica integrativa desta medicina. Segundo Maciocia (1996, p. 182),

a discussão da significância clínica dos sintomas e sinais isolados contradiz todo o espírito do diagnóstico chinês, o qual na verdade, envolve uma síntese de todos os sintomas e sinais dentro de um padrão significativo de desarmonia. A essência do processo de diagnóstico e identificação dos padrões é que todos os sintomas e sinais devem ser considerados em relação aos outros. Os sintomas e sinais não podem ser considerados isoladamente.

As diferenças entre o diagnóstico da RMOC e da RMC são ressaltadas no discurso de Huang Di (L):

A medicina moderna diagnostica doenças. Nós na MC diagnosticamos principalmente síndromes. O final do diagnóstico na MTC é a síndrome, o final do diagnóstico na medicina moderna é a doença. Quando na MTC a doença está bem definida, então se fala de síndrome. Na Medicina Moderna é o contrário. [Por exemplo,] fala-se de ‘síndrome da dor pélvica crônica’: significa que o paciente tem dor pélvica, mas você não sabe exatamente qual estrutura está comprometida. Agora se você sabe que [...] o paciente tem uma cistite intersticial inespecífica, aí você diz: é uma cistite. Já tem uma doença, uma estrutura que está comprometida, mas o [termo] ‘inespecífica’ significa que não tem diagnóstico. Eu não sei o que está provocando, não tenho a etiologia, mas sei qual a estrutura que está lesada. Eu fiz uma cistoscopia e vi que a mucosa da bexiga está irritada e tenho uma visão do que está acontecendo estruturalmente e tenho um diagnóstico, embora não saiba a causa.

O que se denomina síndrome na MTC é totalmente diferente do que se denomina síndrome na medicina moderna. O único que coincide é que é um grupo de sintomas e sinais. Daí para fora tudo é diferente. O conceito de doença para a medicina moderna é diferente do conceito de doença para a MC, tudo isso a gente aprende na semiologia, propedêutica e no diagnóstico. Aí vem a terapêutica. Você não pode tratar se você não sabe diagnosticar, senão você vai lançar pedras no escuro.

De acordo com Ross (1994, p.4) “no conceito ocidental a palavra ‘padrão’ tende a indicar uma estrutura estática fixa, como uma fotocópia ou um molde, contrastando com o conceito chinês de uma associação de relações funcionais”, onde a ênfase está no movimento, nas transformações e não em estruturas fixas existentes em um dado momento.

O quadro clínico varia, mas toda e qualquer doença, você classifica, enquadra dentro de todo o variado leque de patologias. Você inclui as doenças externas, que seriam desde um trauma mecânico, uma lesão física, uma queimadura, até as doenças internas recorrentes dos quadros emocionais e mentais (Fou Hi, P).

Para detectar e interpretar os sintomas e sinais apresentados pelo paciente de modo a identificar a Síndrome que se manifesta, a RMC conta com uma semiologia e

uma propedêutica próprias. “A compreensão do estado do paciente, no contexto meio ambiental em que vive, em um determinado momento nos fornece a compreensão do passado e do futuro que não é simplesmente uma questão de misticismo, mas de prática clínica” (ROSS, 1994, p.4).

Na verdade a avaliação que é feita tem princípios completamente diferentes do que estamos acostumados. A MC evoluiu baseada, sobretudo, na observação. Não foi observação de uma ou de duas pessoas, não vou falar nem de milhões, mas de bilhões de pessoas durante 5000 anos. Então esta forma de avaliação, que pode parecer arcaica pra algumas pessoas, é extremamente eficiente e segura. Ela se baseia primeiro na anamnese ali, no interrogatório, onde a pessoa expõe as suas queixas. Depois são feitos exames específicos da medicina oriental, como os exames de pulso e de língua, onde você observa características peculiares da desarmonia da pessoa. Depois são feitas técnicas de palpação, ausculta e olfação, que são outras formas de obter estas informações de desequilíbrio (Pien Ch'iao, T/P).

Este tipo de diagnóstico permite detectar a presença de desequilíbrios desde os primeiros sinais, o que confere à MC uma característica extremamente preventiva, pois permite indicar o tratamento adequado e impedir o avanço da enfermidade para estágios mais severos, crônicos ou estruturais. Segundo Fou Hi (P):

Acupuntura de qualidade não procura tratar só a doença, e sim o indivíduo, o doente, então pode ser usada em toda e qualquer tipo de atenção, desde os problemas simples até os mais complexos, desde o início das patologias até as situações de pré-morte, mas sempre levando em conta que a acupuntura de qualidade é aquela preventiva. A acupuntura que cura é a acupuntura de segunda classe. O grande mestre evita que o paciente adoça, o artesão pequeno cura.

Zhang Zhongjing (L) exalta os aspectos preventivos da MC:

Uma vez [meu mestre] me disse que a acupuntura deveria estar encaixada nas áreas de sociologia e serviço social. Não na medicina, nem na psicologia, nem na fisioterapia, porque isso aí já é quando o indivíduo está deteriorado. Já é o fracasso do homem, quando ele já fracassou. Nós temos que ir antes do fracasso dele. E o que é o fracasso? É o estilo de vida que ele leva, como ele leva, como ele come, como ele trabalha, como ele se relaciona com os outros homens, com o tempo, com as adversidades do local onde ele vive... Este é o foco da acupuntura, extremamente preventivo. O outro foco já é um fracasso, que infelizmente é necessário porque estamos vivendo uma história de fracassos, toda uma população enferma em vários graus. Hoje eu poderia dizer tranquilamente que mais de 90% da população brasileira está enferma. Porque quase ninguém está satisfeito com o tipo de vida que leva. Este é o preâmbulo do adoecimento.

Esta significação de doença determinará o lugar que a acupuntura ocupa no itinerário terapêutico. Quando questionado sobre o melhor momento de se procurar a acupuntura, Zhang Zhongjing (L) responde: “Quando a pessoa está bem”.

O momento adequado pra se procurar acupuntura é quando você não tem nada. O ideal é que você não precise procurar acupuntura em momento algum. Se você precisar de algum suporte, que seja logo nas primeiras manifestações. [...] Mas se chegar às últimas, também vale. Antes tarde do que nunca (Sun Simiao, T/P).

Eu acho que se deve procurar a acupuntura como um tratamento preventivo, assim como se faz uma ginástica, um Tai Chi Chuan, um exercício, uma Yoga, uma alimentação natural, uma higiene mental, uma coisa preventiva, [...] porque quando você sente a presença de alterações funcionais no organismo, já há uma manifestação clínica de alguma patologia, já é um momento fora do tempo normal para fazer o tratamento. (Tao Hong-King - T)

Segundo Li Shizhen (T), “os médicos na China tratavam qualquer pessoa quatro vezes por ano, nas estações pra prevenir contra os fatores patogênicos das estações”. A. Cochrane confirma:

[O melhor momento para se procurar a acupuntura é] bem no início, quando o indivíduo tem uma queixa, mas o exame é normal. Geralmente, como é que é com a medicina ocidental? O indivíduo, por exemplo, tem dor de estomago. Aí fez endoscopia, tá normal. [...] Nesta história foi, ficou dois, três, cinco anos com dor de estomago, fazendo endoscopia. Até que na ultima endoscopia deu gastrite. - Ah! Você tem gastrite! Tome tal coisa. Na MC já barra quando na primeira dor. [...] Na china antiga, um médico recebia um povoado pra tomar conta a vida inteira e era o responsável pela saúde da população. Eles ganhavam naquela época uma moeda de ouro pra manter a saúde. Quando alguém ficasse doente, não ia ganhar nada. Então este médico [...] era o verdadeiro médico de família.

Nesta perspectiva, a falta do diagnóstico próprio da MC pode ser considerada extremamente prejudicial à manutenção da saúde de pacientes que proventura procurem um acupunturista (médico ou não) que não utilize tal sistema de diagnóstico – quer porque o curso que frequentou não o ensinava com a profundidade necessária, quer porque não se interessou em trabalhar com tal referencial teórico.

Os caras cada vez menos fazem diagnostico do pulso, porque não tem escola de pulso mais. Eu sou um cara que faço muito pulso, eu aprendi a fazer pulso, eu sou um acupunturista antigo, e eu falo com meus alunos, pega o pulso, pega o pulso. No livro da Adrian White de Acupuntura Médica⁵⁶, ela fala que isso aí também é coisa relegada ao segundo plano, que é coisa que também não tem jeito de provar, é subjetivo. O exame da língua também.

⁵⁶ White, A. Fishie, J. **Acupuntura Médica** - um Enfoque Científico do Ponto de Vista Ocidental. São Paulo: Roca. 2002. Sobre a bibliografia, temos que cinco coordenadores de escolas abertas ressaltaram a importância de utilizar os clássicos da medicina chinesa. Segundo Zhang Zhongjing (L), “nós adotamos como base três livros: o I Ching, como o representante desta conexão com o mundo espiritual; o Tao te King, como esta realização do homem, ou como o homem vive ou poderia viver numa vida pra ter esta paz de mente que ele tanto busca, representando esta parte psíquica; e o Nei Ching, que é o tratado clássico do imperador amarelo, já tratando especificamente de coisas materiais, que vai pegar mais a parte de medicina mesmo”. Nenhum dos clássicos é citado pelos coordenadores de cursos exclusivos para médicos. R. Virchow revela que “antes a gente adotava o Maciocia. Prática e fundamentos. Agora a gente adota o Vanghi, que o Hong traduziu junto com o autor”. Giovanni Maciocia é um renomado autor ocidental de livros em MTC, professor visitante da Universidade de MTC de Nanjing, contudo, não tem formação em medicina ocidental. Por isso seus livros foram retirados das bibliografias dos cursos médicos, pois se defendem a exclusividade médica da acupuntura, não podem assumir que aprendem com não médicos. Contudo, afirma Hua Tuo “a primeira geração de médicos foi toda formada no Brasil com não médicos. Eu aprendi com não médicos. Embora muitos neguem, dizem que aprenderam na China, isso é tudo enganação. Agora a segunda geração, aí sim. Dá aula só para médicos.” Isso coloca os médicos exclusivistas numa saia justa, pois quebram o juramento de Hipócrates, pelo qual prometem estimar seus mestres.

Tem uma riqueza assim absurda, né? O conhecimento também dos fatores etiológicos. Para os chineses também não tinham vírus, nem bactérias, nem nada. Era vento frio, umidade calor, secura, fogo. Mas eu observo, quando muda o tempo, meu consultório enche de gente com dor ciática. Eu não vou levar um conhecimento deste em consideração? (R. Virchow).

Este enfoque permite uma total inversão do argumento contra a prática não-médica: uma pessoa deve iniciar um tratamento com MC logo que perceba que algo não vai bem consigo. O acupunturista com formação adequada em MTC (independentemente de sua formação anterior) possui conhecimento necessário para detectar os primeiros sinais de desarmonia, e com o tratamento correto, poderá reestabelecer o equilíbrio dinâmico do organismo, impedindo que a doença evolua perigosamente a ponto de causar lesões estruturais detectáveis pelos métodos diagnósticos da RMOC, que necessitem de cirurgias para serem corrigidas.

Para agravar ainda mais o problema, existem falhas institucionais na prática médica que impedem mesmo o diagnóstico nosológico correto:

Quando eu vejo um paciente que já passou por outras intervenções diagnósticas e mesmo terapêuticas, o que é muito comum, e que buscam acupuntura porque não teve alívio do quadro clínico dele, como uma última opção, às vezes depois do pai de santo, e quando ele chega pra gente ele chega numa situação meio de desespero e por causa da necessidade que a MC tem de fazer um diagnóstico preciso, tem que examinar, dialogar com o paciente, colher uma história mais detalhada e tal, por esta razão a gente termina fazendo o diagnóstico convencional que não havia sido feito antes. Não que a gente seja necessariamente melhor clínico que os outros, mas o que acontece é que você, obrigatoriamente, você tem que ver o paciente com mais atenção, colhe uma boa história e termina fazendo o diagnóstico de coisas que uma consulta convencional muito focada - e isso é uma questão da acupuntura que é até vista...

Às vezes, os médicos, colegas que fazem medicina mais convencional eles ficam um pouco assustados. É que a acupuntura ela funciona às vezes como uma espécie de analisadora institucional. Porque é que eu chego lá no acupunturista e ele me colhe uma história mais cumprida, me examina, e me trata de uma forma diferente de quando eu chego lá o cara pergunta se dói aqui, dói ali, pede vinte exames e a consulta demora quinze minutos? Quando você introduz a acupuntura na instituição como sistema terapêutico, as pessoas esperam que a acupuntura seja meio como a fisioterapia, mas se você faz acupuntura com este viés da MC não, porque você é obrigado a colher uma história detalhada do paciente e a examinar o paciente. Ao fazer isso, você se diferencia dos outros médicos da instituição e isso pode ser um problema, porque a prática deles fica sendo questionada (L. Pasteur).

Num contexto onde assumidamente muitos acupunturistas médicos rejeitam a RMC e desperdiçam sua potencialidade preventiva, restringir o exercício da acupuntura aos médicos pode significar perdas sérias em termos de eficácia, favorecendo a progressão de desequilíbrios primários que seriam facilmente debelados pelos recursos da MTC.

A alopatização da MTC é uma preocupação que nós temos. Achar que isso é um benefício porque tem a chancela do médico, né? Mas eu acho que isso ao invés de ser um benefício é um malefício, porque é a associação de dois pensamentos diametralmente opostos. Uma trabalha com o princípio da energia cósmica, que é comum a todos os seres vivos, e outra trabalha com o princípio da presença de microorganismos patogênicos causadores de doença e faz uma guerra contra o organismo, trazendo medicações mórbidas para tratar morbidades.

Esta medicina tradicional com a qual trabalhamos, ela não pode trazer nenhuma seqüela, nenhum efeito colateral. Ela só é considerada medicina se não trazer nenhum malefício para o paciente. Mas não é só a alopatia que pode trazer efeitos colaterais. Esta acupuntura de colocação de agulhas e de uso de moxa sem o uso de outros recursos terapêuticos necessários, e principalmente sem o diagnóstico sindrômico correto, ela pode ser mais lesiva e mais ineficaz, porque tudo aquilo que precisava ser feito dentro de um tempo e não foi feito torna-se prejudicial, permitindo avanço da doença (Tao Hong-King, T).

Em síntese, no nível discursivo os médicos exclusivistas tentam reduzir a MC à acupuntura, substituindo a morfologia, dinâmica vital e cosmologias da medicina chinesa pela forma biomecânica da medicina ocidental contemporânea de pensar o corpo enfermo. Esta distorção favorece um uso clínico duplamente mutilado da técnica, no qual são abandonadas a doutrina médica e o sistema de diagnose próprios da MTC e em seguida as demais terapêuticas da medicina chinesa – dietética, farmacopeia, exercícios e massoterapia, além dos demais recursos de estimulação das cavidades, tais como ventosa, moxabustão, guashá, etc - que são também esquecidos ou relegados a um segundo plano, comprometendo substancialmente os potenciais resultados de prevenção e cura de enfermidades.

CAPÍTULO 2 – Resistência à colonização da acupuntura

Segundo Martins (2003), a medicina moderna tem sido focalizada como uma instituição laica, centrada no positivismo biológico e difusora de um conhecimento estritamente técnico da doença, que recebe um grande impulso com o avanço das pesquisas bacteriológicas, a introdução de métodos assépticos e antissépticos, as inovações tecnológicas e o surgimento de novos medicamentos. O pensamento médico ocidental contemporâneo mantém sua hegemonia sobre os demais através de seu status de representante da ciência. Entretanto, há que se problematizar tanto o caráter científico da medicina ocidental quanto o papel da ciência no reconhecimento ou no descredenciamento de práticas integrativas em saúde.

2.1 – O colonizador e suas armas: medicina ocidental e a produção científica de ausências.

Segundo Camargo Jr. (2005), a cosmologia mecanicista alicerça, ainda que de modo dissimulado, o saber médico. A racionalidade da mecânica clássica ancora-se num ‘imaginário científico’, onde os componentes discretos são isolados para análise e o funcionamento dos ‘mecanismos’ são tidos como consequência do funcionamento das partes.

Neste contexto a doutrina médica ocidental percebe as doenças como objetos com existência autônoma, concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa. Traduzem-se em lesões decorrentes de eventos causais e se expressam por um conjunto de sinais e sintomas. Assim, as doenças deixam de ser vistas como um fenômeno vital e passam a ser a expressão de lesões celulares. O sistema diagnóstico volta-se para a identificação das características de tais lesões, que devem ser corrigidas por algum tipo de intervenção concreta – geralmente medicamentosas ou cirúrgicas.

O autor evidencia que tal ‘teoria das doenças’ não se encontra explicitada em lugar algum, o que impede que sejam discutidas e submetidas aos cânones do dogma científico, transformando-se numa espécie de “corpo teórico” paracientífico. Um dos entrevistados reflete sobre a cientificidade da MOC:

Medicina a meu ver não é ciência, é um grupo de métodos que visam o bem estar, o tratamento das doenças dos pacientes, que se baseia em preceitos aparentemente conhecidos. Tudo bem? É uma definição. Porque aparentemente conhecidos? Porque ela é baseada nas ciências biológicas, que são extremamente intuitivas. Se você fala pra um físico da metodologia da ciência médica, ou da ciência biológica, ele ri, porque ele acha isso tão maluco! Como é que você consegue chegar a alguma conclusão? Vamos combinar que você só perde para as ciências humanas em termos de precisão.

O que são as ciências humanas? Você tenta traçar mecanismos comuns a partir de observações. Mas a observação depende do observador, certo? Por isso é que tem tanta dissensão dentro das ciências humanas. Cada autor tem o seu olhar. Nas ciências biológicas elas são de muita complexidade, tem muita interferência, muito viés.

O médico na sua formação e para manter a qualidade da sua prática, ele precisa investir um tempo gigantesco para aprender a praticar, em tempo de prática. Ele precisa ver o paciente, precisa se aprimorar em seu relacionamento com o paciente, precisa se aprimorar na aplicação dos métodos terapêuticos dele. E como tudo isso é baseado em ciências biológicas, ele fica absolutamente fascinado quando alguém apresenta um conhecimento de ciência biológica pra ele, que seja hard science, ciência dura. Então ele fica com um pouco de sentimento de culpa de não dominar aquele conhecimento, que ele vislumbra um pouco. Mas ele se esquece que a praia dele é outra. A praia dele é ver paciente e treinar a tratar bem o paciente, dar suporte aquele paciente (L. Pasteur).

É precisamente esta suposta cientificidade que empresta legitimidade social à medicina ocidental, favorecendo a produção de discursos de pretensa validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais. Questões sociológicas são fundamentais e precisam emergir no debate, tais como a percepção do corpo, da doença e do cuidado como signos. Santos (2008) evidencia que a análise social necessita de uma visão crítica do modelo de racionalidade ocidental dominante para evitar o efeito de ocultação e descrédito a que tem sido submetido todo o tipo de conhecimento empírico que não consegue ser processado enquanto conhecimento científico válido, acarretando um empobrecimento da experiência.

Benjamin (1969) já percebia que com o desenvolvimento tecnológico, a educação e o conhecimento não se transformam em experiência, o que caracteriza o ‘déficit de experiência’ como uma nova pobreza. Segundo Sennet (2009), a história ocidental menospreza a experiência oriunda da atividade prática. É o que acontece neste caso: a comunidade científica desqualifica o saber empírico acumulado pela MC através da observação, experimentação e aprimoramento ao longo de cerca de milhares de anos de existência. Segundo Santos (2008), esta atitude evidencia a arrogância da razão ocidental, ancorada em seus aspectos proléptico e metonímico (dentre outros). A característica proléptica (técnica narrativa usada para significar o conhecimento do futuro no presente) fundamenta-se na noção de progresso natural, de evolucionismo, conforme percebemos no discurso de alguns entrevistados:

O futuro da Acupuntura não está em aprofundar em MC, está em aplicar o conhecimento das neurociências e fazer este negócio: ao invés de ser identificado como uma medicina complementar ou uma medicina alternativa, que seja identificado como uma medicina, com um nome só, uma alternativa em medicina, uma técnica que o médico vá aplicar baseado no conhecimento que ele aprendeu na faculdade, ou seja, anatomia, fisiologia, exame de semiótica, fisioterapia, ortopedia. É uma especialidade médica, e acho que deveria ser feita encima de um conhecimento mais neurofuncional mesmo. A MC tem muita coisa para oferecer. A gente tem que valorizar muito o que a MC deixou de legado pra gente. Mas a gente tem que reconhecer que a gente pode dar um passo muito maior do que eles oferecem para a gente hoje (W. Harvey).

Diagnóstico energético não é diagnóstico científico, parou no Século XVII. O médico que só faz acupuntura, sem conhecimento da medicina ocidental, pratica uma medicina capenga, do Século XVII. A ciência acumulou conhecimento, que hoje inserimos na própria técnica da acupuntura. Conhecimentos como dos neurotransmissores, do sistema nervoso periférico, central, enfim. Isso está a anos luz do que o médico do Século XVII fazia. Não adianta pegar uma medicina do Século XVII⁵⁷ e querer formar um médico, porque ele vai exercer medicina do Século XVII (Hildebrando Sábato, presidente da SMBA⁵⁸)

A monocultura do tempo linear categoriza como atrasado tudo o que não decorre do progresso e da modernização, produzindo a não contemporaneidade do contemporâneo e transformando o tradicional em residual, que tende a ser considerado obsoleto, devendo sendo substituído e extinto (SANTOS, 2008).

Já a característica metonímica (onde a parte é tomada pelo todo), reflete o caráter generalizante da razão ocidental, obcecada pela ideia de totalidade e pela validade universal do conhecimento, que só se produziria ao seguir os critérios do chamado ‘método científico’. Porém, o que é considerado total e universalmente válido é apenas uma das partes, imposta como referência sobre as demais. Isso impossibilita que qualquer das outras partes que compõem esta totalidade adquira vida própria e passe a ser outra totalidade: são consideradas obstáculos em relação às realidades que realmente importam, as chamadas realidades científicas, consideradas avançadas, superiores, globais e produtivas.

Esta imposição metonímica é bastante conveniente: não há nenhum interesse da razão ocidental em corroer suas próprias bases e dividir seu domínio ‘total’ com outras racionalidades. Santos (2008) identifica assim o caráter colonizador da ciência moderna,

⁵⁷ É curioso que ele remeta as origens do ‘atraso’ do diagnóstico médico chinês a cerca de quatro séculos, quando em termos cronológicos seria correto pensar em alguns milhares de anos.

⁵⁸ Audiência Pública N°: 1705/07, de 04/10/2007 na Comissão de Seguridade Social e Família para discussão sobre o Projeto de Lei n° 1.549, de 2003 de autoria do Dep. Celso Russomano para disciplinar o exercício Profissional de acupuntura,

que se auto-elege o único critério de verdade, a única que pode legitimar um saber, produzindo ativamente a não existência daquilo que ela não reconhece como verdade.

Segundo Bourdieu (1976) as forças que atuam no campo da ciência apresentam particularidades: a luta que se trava entre os agentes é uma disputa em torno da legitimidade da ciência. Os pesquisadores que desfrutam de posições hierarquicamente reconhecidas como dominantes, dispõem de maior capital científico, possuem individualmente maior celebridade e prestígio, mas socialmente detêm ainda o poder de impor para os outros componentes do campo “a definição de ciência que se conforma melhor a seus interesses específicos, isto é, a que lhe convém melhor e lhes permite ocupar, em toda legitimidade, a posição dominante” (p. 91).

Olhando especificamente para o campo da saúde, Fernandes (2004) afirma que a profissão médica tem sido uma das mais competentes no estabelecimento de um amplo consenso social que lhe assegura autoridade sobre as demais atividades que atuam no mercado de serviços. Entretanto, a migração de saberes oriundos de contextos culturais distintos promove a interação com outras racionalidades médicas, introduzindo a incerteza, a ambivalência e o ruído, lançando a dúvida numa visão de mundo que outrora parecia coerente, pura, precisa e ordenada.

Isso evidencia a hibridação pela qual vem passando o próprio campo da saúde, processo que segundo Bhabha (1994) constitui-se como articulações entre fronteiras culturais, e possibilita a multiplicação das diferenças e subversão de discursos totalizantes. O que os médicos parecem temer é a ascensão dos terapeutas holísticos⁵⁹ a um patamar oficial, fato que pode estimular o enfraquecimento da visão de mundo veiculada pela medicina convencional e possibilitar a ruptura de sua hegemonia nesse campo já bastante dividido (LOYOLA, 1984).

A tentativa de colonização de outras racionalidades médicas emergentes na aceitação social evidencia a busca pela manutenção de um *status quo* (NASCIMENTO, 1998), numa reação contra a possibilidade de desmembramento do campo da saúde em outros sub-campos, nos quais terapêuticas embasadas em outros saberes possam estabelecer critérios mais adequados à sua apreciação, desvencilhando-se do julgo de lógicas impróprias para este fim. A bifurcação na significação de acupuntura evidente nos discursos dos agentes no campo parece trabalhar neste sentido.

⁵⁹ Terapeutas holísticos são aqueles cujos tratamentos abordam a pessoa a ser tratada como um todo, dentro de um contexto, concentrando-se tanto nos sintomas quanto na causa das doenças, que podem ser identificadas em elementos emocionais, mentais, espirituais e físicos (TAVARES, 1999).

2.2 - A ciência e o lugar da acupuntura: percalços de tradução

Por muito tempo a medicina ocidental rejeitou a acupuntura sem que houvesse realizado quaisquer estudos para verificar a sua eficiência, limitando-se a descrevê-la como algo exótico, charlatanismo ou panaceia mística. Porém a tradição popular do Brasil atribui significativa importância a aspectos espirituais na determinação do adoecimento e tem grande apreço pelos recursos naturais de cura, o que garantiu-lhe a oportunidade de mostrar seus efeitos. Reconhecida empiricamente por terapeutas e pacientes (LUZ, 1997), fracassaram as estratégias médicas de produção de sua não-existência: sua expansão é paulatina, tanto no Brasil quanto no mundo, durante os últimos cinquenta anos, forçando sua aceitação pela categoria médica.

Entretanto, permanecem poucas as explicações de seus mecanismos de atuação em termos biológicos. Para justificar seu uso por profissionais formados nas faculdades de medicina, que segundo Martins (2003) são tidas como guardiãs dos saberes canônicos da clínica moderna, um preenchimento discursivo de tal lacuna é engendrado: o referencial teórico da MC é substituído por verificações de alterações que a acupuntura provoca no sistema nervoso e na resposta imunitária.

Porém, de acordo com D. Luz (2006, p. 138),

[...] a cosmologia daquela cultura é parte indissociável do raciocínio clínico como um todo, não podendo ser excluída ou ter suas categorias substituídas imprudentemente, com base em simples semelhanças superficiais, seja por conceitos da racionalidade biomédica, seja por representações mais gerais de nossa cultura.

Podemos detectar aqui o desvio no processo de tradução, que segundo Santos (2008, p. 124) “é o procedimento que permite criar inteligibilidade recíproca entre as experiências do mundo”. Tal trabalho requer uma “interpretação entre duas ou mais culturas com vista a identificar preocupações isomórficas entre elas e as diferentes respostas que fornecem para elas”. Um processo legítimo de tradução assume uma forma hermenêutica diatópica, que “parte da ideia de que todas as culturas são incompletas e, portanto, podem ser enriquecidas pelo diálogo e pelo confronto com outras culturas” (ibid, p. 126). Buscar os aspectos que cada saber ou prática consideram mais relevantes exige que o perito, que se propõe a traduzir, afine-se com a ideia de promoção do outro nos termos do outro. Não é o que vem acontecendo neste caso.

O desvio na tradução da acupuntura tem sido fortemente corroborado pela comunidade científica, que concentra seus estudos na comprovação da eficácia da acupuntura e na compreensão de seus mecanismos de ação. Tais estudos fundamentam-se em dados biológico-anatômicos, fisiológicos e fisiopatológicos, seguindo as ‘regras do método científico’ próprio da RMO (NASCIMENTO, 1998).

Contudo, tais critérios mostram-se impróprios para mensurar o potencial curativo de uma medicina baseada em princípios tão fugidios à racionalidade ocidental. Utilizá-los traz implicações práticas diretas: de acordo com Jacques (2003), a lista original publicada pela OMS em 1979 com as alterações de saúde para as quais o tratamento por acupuntura foi julgado eficiente com base em observações empíricas, continha mais de quarenta itens, dentre alterações respiratórias, gastrintestinais, neurológicas, musculoesqueléticas, dos olhos e da boca. Porém, a exigência de provas por parte de autoridades médico-legais e da comunidade científica (embasada em seus próprios métodos) fizeram-na voltar atrás.

Os parâmetros para mensurar a eficácia da acupuntura foram escolhidos pela comunidade científica em 1997, quando os departamentos de medicina alternativa e de apoio à pesquisa do National Institute of Health (NIH) organizaram uma conferência para avaliar o material sobre o uso, risco e benefício da acupuntura em várias alterações da saúde (JACQUES, 2003). O painel deu preferência às evidências científicas e não ao relatórios clínicos, e os estudos controlados foram eleitos os árbitros.

Esta mudança comprometeu o exame da hipótese forte da acupuntura: segundo Mayer⁶⁰ (2000 apud *ibid.*), o tratamento que resulta da combinação de acupuntura com diagnóstico que segue os conceitos da MTC é superior àquele no qual apenas uma faceta desta modalidade integral de tratamento é controlada:

Os critérios de controle que tornam um estudo confiável na medicina ocidental impõem exigências estritas à MTC, que identifica subgrupos de diagnósticos diferenciados para cada alteração da saúde definida por critérios alopáticos. A asma, por exemplo, corresponde à deficiência do Qi do Pulmão, à deficiência do Qi e do Yin do Pulmão, à deficiência do Yang do Rim e do Qi do Pulmão e a deficiência do Yin do Rim e do Pulmão.

A literatura clínica tradicional chinesa preconiza conjuntos específicos de pontos para tratar cada subgrupo, uma seleção que pode ser modificada para atender as características individuais dos pacientes, o que torna cada tratamento único. Os estudos clínicos científicos, contudo, expressam o diagnóstico em termos biomédicos e seus protocolos requerem que os mesmos pontos sejam utilizados em todos os pacientes (JACQUES, 2003, p. 57).

⁶⁰ MAYER, D.J. **Biological mechanisms of acupuncture.** Progress in Brain Reserarchs, 2000.

Desta forma, a questão sobre a eficácia da acupuntura como técnica terapêutica da MTC acaba sendo reformulada para uma questão sobre a eficácia da acupuntura como tratamento biomédico, o que acarreta grandes perdas de sua eficácia. Huang Di (L) evidencia as consequências de usar a acupuntura descontextualizada da MC:

[...] dentro dos grupos médicos no ocidente que fazem uma prática de acupuntura médica, que é uma acupuntura desvinculada dos princípios teóricos básicos da MTC, eles vão ser eficientes no tratamento de que tipo de sintomas? Dor. Você tira o tratamento da dor, porque a dor é um sintoma super fácil de tratar com acupuntura e você vai para uma gastrite, para uma colite, para uma hipertensão, para uma insônia, para outras doenças crônicas que tem um tratamento simples e trivial, aí a coisa complicou. O resultado não vai ser o mesmo. Porque se você saiu da superfície e precisa entender a fisiopatologia para a MC deste sintoma, acabou. Parou por aí. Eles não dominam.

Há ainda a questão do efeito placebo: os estudos científicos exigem o duplo-cego com randomização, na tentativa de evitá-lo. Porém, alguns de seus requisitos não podem ser cumpridos nos estudos de acupuntura, posto que é necessária a perfuração da pele em locais específicos, envolvendo uma sensação física única (De Qi) e o contato repetido da mão do acupunturista com a pele do paciente.

Além disso, conforme esclareceram alguns dos entrevistados, engajar o paciente em sua própria recuperação e despertar nele seu potencial de cura é uma das ferramentas utilizadas na prática clínica. Segundo Coelho e Rocha (2003), a qualidade do relacionamento entre o terapeuta e o paciente, o grau de confiança, as expectativas do paciente e a compatibilidade dos antecedentes e dos sistemas de crença do terapeuta e do paciente podem determinar os resultados de qualquer terapia: o placebo responde por uma proporção substancial da eficácia de qualquer intervenção e seus resultados não devem ser ignorados ou minimizados.

No que tange aos mecanismos de ação, apenas no tocante ao processo de modulação da dor o painel do NIH apresentou resultados mais concisos, recomendando que pesquisas adicionais fossem feitas sobre os mecanismos mediadores dos demais efeitos terapêuticos da acupuntura, que permaneceram obscuros. Segundo o NIH, tais estudos seriam úteis tanto para elucidar os fenômenos associados com à acupuntura, “mas também para explorar novos caminhos na fisiologia humana que ainda não tenham sido examinados de forma sistemática” (JACQUES, 2003, p.66), evidenciando não apenas as lacunas no entendimento dos mecanismos de ação da acupuntura, mas do próprio corpo humano (principalmente do cérebro) nos termos da RMOC.

2.3 – Pilares da resistência: Ecologia de saberes no horizonte da transição paradigmática

Segundo Costa (2006), a abordagem pós-colonial constrói sua crítica ao processo de produção do conhecimento científico sobre a evidência de que toda enunciação vem de algum lugar: ao privilegiar modelos e conteúdos próprios àquilo que se definiu como cultura nacional dos países europeus, a ciência reproduz em outros termos a lógica da relação colonial. A sociologia das ausências e das emergências, conforme proposto por Santos (2008), permite abordar estas questões substituindo monoculturas por ecologias, praticando a agregação da diversidade e promovendo interações sustentáveis entre entidades parciais e heterogêneas.

Tal enfoque permite a superação da “ideia de que os saberes não científicos são alternativos ao saber científico. A ideia de alternativa pressupõe a ideia de normalidade [...], o que tem uma conotação latente de subalternidade” (SANTOS, 2008, p. 107). “Todas as dicotomias sufragadas pela razão metonímica contêm uma hierarquia” (ibid, p. 98) através da qual a razão ocidental busca manter-se sempre como a primeira opção e subordinar o conhecimento tradicional ao conhecimento científico, o oriente ao ocidente, o alternativo ao convencional. O termo medicina ‘complementares’ favorece a ecologia dos saberes em saúde e contribui para a escolha da terapêutica mais adequada e para o acesso do usuário à mesma.

A ecologia de saberes parte do pressuposto de que as práticas entre seres humanos ou entre estes e a natureza implicam mais de uma forma de saber, e de que a aprendizagem de determinados saberes implica o esquecimento de outros. Assim, sob a lente da ecologia de saberes, a ignorância não é necessariamente um ponto de partida: poderá ser o resultado final de processos de esquecimento. A MOC incorreu em importantes desaprendizados, tanto em conhecer o doente por meio dos sentidos quanto em contextualizar a doença. Também desaprendeu a favorecer as sociabilidades primárias como dádiva de cura, assim como a utilizar a vitalidade do ser e a homeostase. Abordemos mais amiúde estes aspectos.

“Descartes elegeu a visão como a percepção privilegiada, o que foi fundamental para validar a tecnociência da observação visual” (LE BRETON⁶¹, 2000, apud

⁶¹ LE BRETON, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Quadrillage/Puf, 2000.

MARTINS, 2003, p. 259). Isto aplicado à saúde acarreta a desqualificação dos outros sentidos – tato, audição e olfato - como métodos de conhecer o paciente, o que compromete a compreensão ampla de seu estado. Com o desenvolvimento tecnológico, a própria observação visual se torna ultrapassada, o que posiciona modernos aparelhos entre o paciente e o médico, que passa a necessitar de exames dispendiosos para diagnosticar.

Comparativamente, palpação, ausculta e olfação são etapas fundamentais da propedêutica da MC. Além disso, o próprio momento da consulta contribui favoravelmente para estabelecer vínculos entre médico e paciente, gerando uma sensação de acolhimento que pode ser extremamente favorável ao processo de cura. Como observou Marcel Mauss nos termos do paradigma da dádiva, a cura legitima-se sobretudo no plano das sociabilidades primárias (domínio das relações interpessoais), onde circulam os bens simbólicos fundamentais de cura tais como espontaneidade, criatividade e simpatia. Porém, nos moldes atuais de gestão de saúde, tais elementos são substituídos por sociabilidades secundárias (domínio das relações funcionais). O estado, com sua função regulamentadora, o mercado, regido por preços e lucros, e a ciência, com suas verdades racionais e impessoais, permeiam as relações dentro da clínica médica moderna (MARTINS, 2003).

Segundo Luz (1997), toda RM possui uma lógica mais racional ou teórica, centrada no saber, e outra, sintética, intuitiva, construída historicamente via experiência prática e centrada na missão curadora de acolher, mobilizar os doentes e orientar o tratamento individualmente. Porém, a medicina ocidental tem seguido um caminho que promove a perda da identidade entre médico e paciente. De acordo com Jewson (2009), tal processo atravessou três estágios históricos. No primeiro deles, chamado ‘medicina ao lado da cama’, o paciente situava-se no centro do processo médico e era tratado em sua totalidade. Este modelo foi sendo substituído pela ‘medicina hospitalar’, em que as doenças eram isoladas dos pacientes num processo de reificação: a medicina passa a classificar estados patológicos, num sistema de doenças com pretensões de objetividade, no qual pacientes se transformam em ‘casos’ e os principais protagonistas passam a ser os médicos, que se tornam uma classe profissional cada vez mais poderosa. Com o uso do método experimental, a medicina tenta ser uma ciência natural, transformando pacientes não apenas em ‘casos clínicos’, mas em objetos a serem manipulados. A ‘medicina de laboratório’ promove a intervenção terapêutica ativa no processo

fisiológico humano e as doenças deixam de ser interpretadas através da estrutura patológica para sê-lo através da estrutura celular.

Assim, inicia-se a reprodução de um “modelo médico mercantil, estritamente dependente dos interesses dos grandes laboratórios de medicamentos, das indústrias de equipamentos e das empresas de seguros privados” (MARTINS, 2003, p. 104). Neste contexto, cura, bem estar e acolhimento certamente não se configuram como prioridades: o relacionamento médico-paciente transforma-se numa relação de distanciamento e de dominação, em que o médico define as necessidades do doente, que perde integridade e consciência social e cultural de si mesmo (QUEIROZ, 1986).

Este processo promove uma grande medicalização da saúde e traz duas consequências. A primeira é o esquecimento da homeostase, definida como a tendência fundamental dos seres vivos à manutenção do ambiente interno dentro de limites toleráveis. Muitos dos sintomas apresentados pelos pacientes retroagiriam naturalmente via homeostase, sem a necessidade de intervenção medicamentosa. A MC favorece este processo natural, voltando-se para o fortalecimento da própria capacidade de reação do sistema. Porém, propagandas que circulam na mídia estimulam o uso indiscriminado de fármacos autoministrados que, muitas vezes, retroalimentam a patologia ou desencadeiam iatrogenias e efeitos colaterais.

A ação da homeostase pode ser detectada nos chamados milagres (cura espontânea) ou mesmo no efeito placebo, que tanto se busca evitar nos estudos científicos. Ao invés de ser rejeitado, necessita ser estimulado e estudado: o placebo costuma ser responsável por cerca de trinta a quarenta por cento de cura nos grupos de controle e algumas vezes, chega a superar o resultado apresentado pelo grupo que recebeu tratamento (COELHO e ROCHA, 2003).

A segunda consequência da medicalização é a alienação do paciente em relação a seu próprio corpo, eximindo-o de se responsabilizar tanto por seu processo de adoecimento quanto de cura. A reconfortante possibilidade de entregar sua cura nas mãos de outrem costuma transformar-se na angustiante sensação de impotência diante de seu próprio estado de saúde: atitudes e hábitos individuais são vistos como secundários, de pouca influência. Esta visão não é compartilhada pelas medicinas de cunho vitalista, que nos séculos XVIII e XIX representaram uma reação à explicação iatrofísica para o fenômeno vital (DEBUS, 1991) na tentativa de retomar uma visão: o que anima o ser humano é algo de natureza diversa de suas estruturas mecânicas e não está submetido ao determinismo das causas e efeitos. (JACQUES, 2003).

A MC situa-se entre as práticas integrativas por identificar entre os fatores etiológicos as condições ambientais e climáticas, os hábitos individuais (tanto alimentares quanto ligados às atividades diárias) e, principalmente, os aspectos emocionais, auxiliando o paciente na identificação daquilo que o afeta e orientando-o para a adoção de padrões mais salubres de comportamento, reempoderando-o para que deixe o papel de ‘paciente’ e se torne ativo em seu processo de cura.

A MOC perde a noção de integralidade não apenas quando desaparece a contextualizar a doença e o corpo doente em suas relações com o meio social ou ambiental. O processo da especialização extrema leva à perda da percepção do organismo como um todo, com partes interdependentes, o que descontextualiza a doença do próprio corpo e culmina em perigosas interações medicamentosas. Mas o estatuto privilegiado concedido às práticas ditas científicas fazem com que sejam redimidas de quaisquer crises ou catástrofes que suas intervenções na realidade humana e natural possam causar, e tais malefícios acabam sendo socialmente aceitos.

Segundo Luz (1997), outras práticas de cura contribuem ao reposicionar o sujeito doente no centro do paradigma médico; ao ressituar a relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; ao buscar meios terapêuticos simples de igual ou maior eficácia em situações mais gerais e comuns de adoecimento da população, que sejam menos dependentes de tecnologia ‘dura’ e mais acessíveis economicamente; ao acentuar a autonomia do paciente e afirmar a saúde ao invés da doença como categoria central de seu paradigma.

O que diferencia a acupuntura em relação às demais terapias integrativas e a coloca em foco neste contexto é que mesmo mutilada em diversos de seus aspectos, a técnica foi capaz de penetrar as fronteiras da medicina biomecânica através da comprovação definitiva de sua eficácia, ultrapassando as barreiras impostas pelos rigores da ciência e quebrando a resistência da classe médica, que passa a almejar sua incorporação.

É necessário elucidar os posicionamentos dos envolvidos na disputa pelo exercício da acupuntura, posto que as bandeiras levantadas refletem não apenas preocupação com o bem estar da população, mas também ambições ligadas a trajetórias grupais ou subjetivas de afirmação profissional que, de acordo com Larson (1977) e Freidson (1988), são comuns a qualquer processo de profissionalização.

A abordagem pós-colonial permite não só fazer emergir os interesses ocultos nos discursos científicos, mas também contextualizá-los. O debate acerca da acupuntura está

imbricado em poderosas transformações sociais em curso, especialmente a crise atravessada pelo paradigma científico dominante que, segundo Santos (1988), é profunda e irreversível.

O termo ‘paradigma’, conforme proposto por Kuhn (1978), traduz uma visão de mundo particular do campo científico: trata-se da cultura própria de uma comunidade científica, dada por um conjunto de generalizações simbólicas, expressas por metáforas, figuras e analogias (MARTINS, 2003). Porém, em determinadas ocasiões, o paradigma dominante não é capaz de resolver todos os problemas que lhes são propostos. Tais lacunas podem persistir por anos ou até séculos, períodos durante os quais o paradigma dominante é posto em cheque e novas formas de estruturação do pensamento são propostas, até que um novo paradigma substitui o anterior.

Estamos num período de transição no qual um novo paradigma (que se iniciou com Einstein e a mecânica quântica e não se sabe onde acabará) ainda não apresenta contornos nítidos; sendo possível, porém, apontar-lhe algumas características: “A ciência do paradigma emergente é mais contemplativa do que ativa” (SANTOS, 1988, p. 68), e traz consigo uma nova concepção da matéria e da natureza

[...] dificilmente compaginada com a que herdamos da física clássica. Em vez da eternidade, a história; em vez do determinismo, a imprevisibilidade; em vez do mecanicismo, a interpenetração; a espontaneidade e a auto-organização; em vez da reversibilidade a irreversibilidade e a evolução; em vez da ordem, a desordem; em vez da necessidade, a criatividade e o acidente (ibid, p. 56).

A ciência pós-moderna é analógica e tradutora, dialogando com outras formas de conhecimento e deixando-se interpenetrar por elas, superando dicotomias através de métodos mais compreensivos, qualitativos e individualizados. Isso marca, no caso da saúde, o início de um caminho de inclusão de novas práticas em novos contextos, sem a necessidade de alijá-las de sua racionalidade própria, favorecendo a ecologia de saberes e a expansão cíclica do autoconhecimento e da ressubjetivação do cuidado e do conhecimento científico, que passam a ser inseridos numa nova percepção acerca do que é viver a vida humana.

Num giro filosófico-epistemológico, podemos apontar para uma desqualificação da ciência mecanicista, incapaz de entender e explicar os mecanismos (não necessariamente ‘mecânicos’) de cura ativados pelas agulhas:

Temos que ver se a explicação científica não se dá porque não existe ou porque a ciência ainda não chegou a um nível determinado de poder dar. [...]. Será que as coisas que eu não explico é porque não são verdade ou porque eu ainda não sei explicar? Eu acho que a gente pode dar uma

credibilidade para a acupuntura por duas razões: pela sua história e pela sua eficácia comprovada (Zhang Zhongjing - L).

A medicina ocidental é baseada em uma condição física newtoniana e quando a gente fala de aspectos energéticos, que é a base da MC, se está falando de uma medicina baseada em conceitos quânticos.

Quando você entende o que a acupuntura é realmente, o fato de uma pesquisa científica ter comprovado ou não a eficácia de um determinado ponto ou de uma determinada técnica pra tratamento de uma doença, quem conhece a acupuntura de verdade vê isso com outros olhos. Porque o método científico realmente não encaixa. A acupuntura se baseia sempre num princípio primordial: cada indivíduo, apesar de poder manifestar uma mesma doença do ponto de vista ocidental, ele é um indivíduo, com necessidades próprias, pode ter síndromes diferentes de uma outra pessoa que tenha aquela mesma doença ocidental e por isso ele necessita de um trabalho de equilíbrio orgânico particular. [...] Se você mensurar isso com outros, sempre vai ter um tratamento diferente, porque o tratamento sempre é orientado para aquela pessoa (Pien Ch'iao – T/P).

O paradigma mecanicista já não predomina nas ciências contemporâneas. Segundo Martins (1999, p.106)

para nos inserirmos em um paradigma no qual natureza e cultura, homem e mundo, mente e corpo existem como aspectos de uma mesma Natureza (ou substância) não separável, não é preciso sair da ciência. Basta acompanhá-la, em sua contemporaneidade quântica.

e deixar de resistir às transformações subjacentes em nossas práticas.

A ciência moderna não é a única explicação possível da realidade e não há sequer qualquer razão científica para a considerar melhor que as explicações alternativas. [...] [Privilegiar] uma forma de conhecimento assente na previsão e no controle dos fenômenos nada tem de científico. É um juízo de valor (SANTOS, 1988, p. 67-68).

2.4 – ‘Acupuntura Médica’ na trincheira entre paradigmas

Guiados inicialmente pela hipótese de que as escolas abertas difundiam a acupuntura como parte da MTC enquanto as escolas médicas subjugavam-na à RMOC, questionamos os coordenadores sobre as diferenças entre a ‘acupuntura tradicional’ e a ‘acupuntura médica’, termo comumente utilizado, mas que de imediato se mostrou inadequado. Segundo A. Vesalius, acupuntura médica “em termos teóricos, não existe. Em termos práticos acupuntura médica significa que a pessoa teve uma formação médica”. Conforme L. Pasteur:

O termo acupuntura médica é um termo excluyente, eu pessoalmente não gosto do termo, porque no momento em que você fala de uma acupuntura que é baseada em mecanismos de ação e chama-se acupuntura médica, você está criando detrimendo de outras técnicas de acupuntura como se fossem

acupuntura não-médica, acupuntura de curioso, entendeu? Eu detesto este termo. É um termo inadequado. Entretanto ele foi muito reforçado pelas pessoas que caíram pra este lado da acupuntura para tratar pontualmente e que estão dentro deste olhar reducionista, a meu ver, apesar de eles acharem que estão cercados ou baseados na ciência, eu vejo que a acupuntura é uma coisa só. A ação é eficaz e ela tem métodos terapêuticos que se explicam de maneiras diferentes. Só porque você tem uma linguagem dita científica, você não pode chamar de acupuntura médica.

R. Virchow sugere outros nomes pra se referir à prática médica da acupuntura: “Na verdade hoje em dia a gente tem pensando assim: acupunturologia ou acupunturiatria”. Sun Simiao (T/P) analisa a necessidade desta nomenclatura diferenciada, independente de qual seja:

A acupuntura que se diz acupuntura médica [...] é uma acupuntura que tem mais um caráter foucaultiano de poder. Vamos dizer: a acupuntura médica é uma acupuntura que está baseada na ciência, é um sujeito que estudou medicina... É só isso. É um barítono afásico. Tem muita conversa, mas é igual a todas as outras acupunturas boas e ruins. Não vejo assim nenhum diferencial, nada de muito especial, pelo contrário, às vezes vejo muita arrogância, muita prepotência e acho que isso chega a ser ruim para os tratamentos de um modo geral. O médico é muito arrogante e muito prepotente de um modo geral, a classe médica de um modo geral é muito arrogante e eu posso achar que uma acupuntura médica também tende a ser uma acupuntura muito arrogante e muito prepotente, que se distancia mais do paciente. Em termos de conceitos, a acupuntura médica se propõe a ser uma acupuntura científica, uma acupuntura acima de resultados, dos experimentos, das repetições, enfim, de pensar sistema nervoso central, estímulo-resposta. Eu penso a MC cada vez mais distante da ciência, da ciência clássica aí, desta ciência oficial, a gente pode até pensar num outro tipo de ciência.

‘Acupuntura Médica’ também é entendida como aquela que é praticada a partir de um diagnóstico nosológico médico ocidental:

Se o médico dominar as duas artes, ele poderá praticar a acupuntura. Se ele não dominar a arte do diagnóstico tradicional, ele vai estar substituindo o medicamento dele por uma inserção de agulhas, e isso não é acupuntura. Então eu posso dizer que não existe acupuntura médica, desde que você entenda por médico o médico ocidental. É um colocador de agulhas que pega ponto tal para tal coisa. [...] Na Espanha eu dei um curso que era só para médicos e o engraçado disso é que eu já conhecia excelentes acupuntores médicos, e conheci outros que deviam ser bons médicos, mas não entendiam nada de acupuntura. Não é o fato dele ser médico que garante que ele seja um bom acupuntor. (Zhang Zhongjing - L).

Li Shizhen (T) completa: “existem médicos que fazem a MTC e existem médicos que fazem alopátia com acupuntura. Eu definiria assim. Então tem médicos que são colegas de profissão, tem outros que não”. Pudemos constatar que a MC compõe majoritariamente o programa das escolas médicas de especialização em acupuntura. Existem médicos acupunturistas que estudam em escolas abertas, em busca de uma compreensão mais profunda da MC. Existem médicos que não compactuam com o pleito da exclusividade da prática por sua categoria. Existem médicos entre os

coordenadores de escolas abertas de nossa amostra. Assim, adotar o termo acupuntura médica para designar o uso da técnica sem articulá-la com a RMC seria uma imprecisão, uma discriminação e uma injustiça. Também se mostra incorreto o termo “acupuntura científica” conforme definido por Cirilo (2006, p.23):

versão ocidentalizada da acupuntura, na qual os estímulos nas agulhas se dão de acordo com princípios baseados na Neurofisiologia e na Anatomia e onde o exame físico contemporâneo e o estabelecimento de diagnóstico são condições preliminares essenciais ao tratamento. Os pontos a serem agulhados para o tratamento são geralmente aqueles que se encontram próximos a estruturas neurais e, geralmente, no mesmo segmento neurológico da lesão a ser tratada.

Perante a discussão sobre ciência do item anterior, e considerando outras formas possíveis para o fazer científico, não seria correto delegar à forma tradicional de praticar e pensar acupuntura o status de ‘não-científico’. A acupuntura nos termos descritos por Cirilo foi denominada por alguns de nossos entrevistados, de maneira mais pertinente, por ‘acupuntura neurofuncional’, termo pelo qual optamos no decorrer deste estudo.

Entretanto, as respostas obtidas para a questão sobre ‘acupuntura médica’ suscitam discussões importantes no que tange as possibilidades de dominação/subordinação ou coexistência entre formas diferentes de pensar e praticar acupuntura. Segundo W. Harvey, não há como fazer MC e complementar com o conhecimento científico: “É diferente na forma de perceber, a forma de escolher o tratamento é diferente [...]. Isso cria problemas porque MC não é medicina, não tem nada a ver com medicina”. R. Virchow se contrapõe a esta visão:

Eu tenho colegas que não juntam, é igual água e azeite. O cara faz acupuntura, mas estes não querem saber de MC. Acha que é uma medicina folclórica, chama de medicina folclórica, fala que a gente está fazendo uma medicina que não está ligada com os preceitos da medicina científica, que a gente está fazendo uma prática a-científica e que estes conceitos são antiquados, fora de moda e totalmente ineficazes. O que interessa para eles é só o ponto e a agulha e aquelas teorias dos chineses e o que eles dizem a respeito dos pontos é tudo lixo. [...] Eu participo de um fórum com eles e o pau quebra. [...] A minha postura é diferente. Eu apesar de entender tudo que eles estão dizendo, eu ainda acho que tem uma riqueza muito grande no conhecimento antigo e que a gente não pode simplesmente jogar isso na lata do lixo.

Outros colegas já odeiam esta parte da acupuntura científica. Torce o nariz, não quer saber. Só querem ficar na parte filosófica e conceitual da MTC. Então você tem de tudo, dentre os médicos você tem desde uma gama até a outra. Eu e outros colegas a gente já acha que estes dois paradigmas são perfeitamente confusíveis. Eu acho particularmente babaquara você querer explicar a MC pela medicina tradicional⁶², sai tudo errado, porque entra numa conceituação falsa. Então falar assim: O sistema nervoso simpático é Yin e o parassimpático é Yang. Não é bem assim, apensar de ter uma cara. Isso é

⁶² R. Virchow refere-se aqui à MOC.

perigoso, é simplista e empobrece as duas. Eu aprendi a pular de um paradigma para o outro na maior tranquilidade.

É evidente que o médico pode dominar a RMC, sem que para isso necessite esquecer completamente os conhecimentos adquiridos em sua formação universitária. A capacidade humana de aprendizado é indiscutível, dependendo apenas das condições deste aprendizado e das disposições individuais. Contudo, é preciso questionar a necessidade de conhecimentos tão distintos, tão ricos e extensos serem dominados por um mesmo profissional.

2.5 – Diagnóstico: última fronteira entre discursos colonizadores e pensamentos ecológicos

De acordo com Santos (2008), a ecologia de saberes evita o desperdício da experiência. Os coordenadores entrevistados parecem corroborar esta teoria:

Primeiro lugar, eu acho que o paciente tem que ter os dois diagnósticos, ele tem que ter um diagnóstico nosológico, a gente tem que saber que doença ele tem. [...] Mas, na minha opinião, o paciente não pode deixar de ter o diagnóstico sindrômico, pela visão da MC, as duas coisas tem que ser associadas, porque a riqueza do diagnóstico sindrômico é muito grande: ele trata de coisas que não são vistas a luz do exame de imagem, das dosagens sanguíneas, que são às vezes tendências do paciente. Este diagnóstico é feito pela clínica: histórico e exame clínico bem feitos. Todo médico sabe que pra você fazer um diagnóstico clínico, 90% do diagnóstico é feito pela coleta da história clínica, você conta o que você sente e eu pergunto alguns detalhes eu tenho condição de fazer 90% do diagnóstico, 80% pelo histórico, 10% pelo exame físico. Exame complementar, como o nome indica é exame complementar e por uma questão de tempo, estrutura, que aí é uma outra história complicada, tal exame virou central, e você sabe que exame complementar mobiliza somas... Então, na MC, se você colhe um bom histórico e examina o paciente você vai fazer um diagnóstico tanto ou mais que na medicina convencional e isso é suficiente pra você tratar 90% dos casos tranquilamente (L. Pasteur).

Contudo, a SMBA, defende que a prática da acupuntura seja feita apenas por médicos. Segundo Hidelbrando Sábato⁶³:

a prática médica de pessoas que não estão habilitadas, que não passaram pela academia de medicina, é temerária. Não podemos oferecer isso à população. [...] Nós entendemos que a MC, do jeito que é feita, nos moldes da MC daquela época, é inadequada para uma prática médica na atualidade porque prescinde de um diagnóstico diferencial. Então, se há um médico treinado apenas em MC, ele vai exercer uma medicina que vai ficar aquém,

⁶³ Audiência Pública N°: 1705/07, op. cit.

obviamente, do que pode proporcionar o conhecimento médico-científico atual.

Ressalta ainda não concordar com a prática da acupuntura por outros profissionais graduados em saúde, posto que não são aptos “a fazer diagnóstico clínico-nosológico e elaborar um prognóstico, o que é atributo exclusivo dos médicos. Nenhuma regulamentação dessas profissões diz que elas podem fazer esse tipo de procedimento.”

Porém, analisando este discurso, podemos levantar contradições. Em primeiro lugar, os acupunturistas (independentemente de ter ou não formação prévia em saúde) não pleiteiam partilhar com médicos o diagnóstico nosológico. Tampouco os demais graduados em saúde, que fazem diagnósticos específicos de suas áreas de atuação, como no caso dos fisioterapeutas e psicólogos, conforme previsto na lei que regulamenta tais profissões. Contudo, os acupunturistas (independente da graduação anterior) fazem o diagnóstico sindrômico (energético) próprio da RMC, procedimento que a própria fala citada afirma prescindir de diagnóstico diferencial nosológico: não há portanto invasão de jurisdição. Ressaltamos contudo, que não é de forma alguma óbvio que o tratamento com base no diagnóstico próprio da MTC fica aquém do tratamento médico ocidental: a afirmação não é endossada nem mesmo pelos coordenadores de escolas exclusivas para médicos. Trata-se, outrossim, de um juízo de valor, num claro discurso colonizador.

A questão da diversidade de diagnósticos está imbricada na regulamentação da própria profissão médica. Os médicos detêm, desde 1957, um Código de Ética aprovado e um Conselho organizado de forma representativa, autárquica, autônoma e federalizada, através da Lei 3.268/57. Mas apesar de toda esta estrutura institucional, não ficou definida a competência exclusiva do médico em seu cotidiano profissional (FERNANDES, 2004), fazendo com que, de fato, tal categoria não monopolize atividade alguma em termos legais.

Por isso, os médicos vêm lutando pela regulamentação de sua própria profissão, fato que se concretiza em 2002 com a proposição do Projeto de Lei do Senado n. 25 (PLS/25)⁶⁴, conhecido como ‘ato médico’. O texto original do projeto delegaria aos médicos a exclusividade de formulação de diagnóstico nosológico, prescrição terapêutica e realização de procedimentos invasivos, interferindo nas atividades de todas as demais atividades de saúde e impedindo-as de exercer livremente essas atividades em suas respectivas áreas de conhecimento já regulamentadas anteriormente. Os psicólogos, por exemplo, ficariam impedidos de realizar identificação e classificação de

⁶⁴ Projeto de Lei do Senado (PLS) n. 25, apresentado pelo Senador Geraldo Althoff.

psicopatologias, bem como de prescrever tratamento psicoterapêutico, o que se repetiria com todas as outras profissões de saúde. Tais restrições feriam também a escolha dos usuários dos serviços de saúde, que em última instância, teriam que procurar um médico sempre que quisessem iniciar um tratamento com psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo ou qualquer outro profissional da área.

Tais questões geraram imensa e imediata reação de praticamente todas as categorias profissionais de saúde, o que adiou a aprovação do PLS/25 e fomentou amplas disputas e negociações ao longo dos últimos anos. Em busca de sanar as questões mais polêmicas e diminuir a resistência à aprovação do projeto, o texto original sofreu alterações: foram incluídos parágrafos que eximem das atividades privativas dos médicos os diagnósticos psicológico, nutricional, socioambiental e as avaliações comportamentais e das capacidades mentais, sensoriais, perceptocognitivas e psicomotoras. Além disso, definiu-se o diagnóstico nosológico como a determinação da doença que acomete o ser humano através da interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, doenças estas que se encontram relacionadas na CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), uma imensa lista publicada pela Organização Mundial de Saúde⁶⁵ e revisada periodicamente, onde são fornecidos códigos relativos a cada estado de saúde, classificando doenças e uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças.

Segundo Diva Conde (Conselho Federal de Psicologia), “o existir humano apresenta outras dimensões que não se reduzem a manifestações biológicas, aparentes. Para lidar com estas dimensões, ao longo do tempo, outros saberes foram construídos” (FERNANDES, 2004, p.83). Assim sendo, a questão da exclusividade diagnóstica e terapêutica emerge como importante ambiguidade do PLS/25, que ausenta do debate a história da organização dos saberes em saúde: os diagnósticos de outras racionalidades médicas não constam da CID e, portanto, estariam excluídas da jurisdição médica, mas também não se encontram explícitas dentre as formas de diagnóstico acessíveis a outros profissionais. Assim, podemos dizer que outras formas de diagnóstico não seriam previstas por lei: simplesmente não existem. Santos (2008) identifica tais ausências como silêncios produzidos por discursos estruturados, e alerta para a necessidade de fazer emergir os interesses que fomentam tais ocultamentos.

⁶⁵ Disponível em <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>> Acesso em 11/11/2010.

É certo que nenhum outro profissional de saúde⁶⁶ pode prescrever medicamentos ou indicar cirurgias. Entretanto, existem inúmeras outras possibilidades terapêuticas e diagnósticas, tão diversificadas quanto são os povos e culturas do mundo e dos tempos que deram origem às mesmas, envolvendo uma imensa gama de situações que ocorrem no mercado de serviços e no âmbito dos cuidados familiares e das práticas religiosas. O risco é de que se retome a ‘caça às bruxas’, onde terapeutas que receitam florais de Bach ou aplicam reiki, pais de santo que diagnostiquem um ‘encosto’ ou médiuns que executem passes ou mesmo cirurgias espíritas sejam acusados de exercício ilegal da medicina.

Enquanto as particularidades do diagnóstico sindrômico da MC e os ganhos de eficácia que proporciona aos tratamentos não forem conhecidas, assim como a independência deste saber em relação aos saberes ocidentais em saúde, grandes serão os obstáculos para o reconhecimento da acupuntura como uma profissão autônoma.

O conceito de autonomia no contexto das profissões pode significar o controle de uma dada categoria sobre o próprio trabalho, ditando os conteúdos, os termos e as condições de trabalho, assim como do treinamento para o mesmo (FREIDSON, 1988). É neste sentido que aqui utilizaremos o termo. O CBO afirma que os acupunturistas são autônomos e trabalham por conta própria, de forma individual e sem supervisão (BRASIL, 2002) e descreve a atividade:

[o acupunturista] examina o paciente, verificando e interpretando os sintomas apresentados e relacionando-os com outras características individuais, para decidir sobre os estímulos a aplicar; procede aos toques necessários, palpando áreas específicas, para diagnosticar a disfunção orgânica e localizar as regiões a serem estimuladas.

Dada a particularidade do trabalho com acupuntura e as definições de formação do CBO (que aponta a suficiência da titulação técnica), buscamos abordar a questão da graduação prévia em saúde: questionamos os coordenadores sobre a real necessidade de conhecimentos prévios para o ingresso do aluno nos cursos.

Os coordenadores apontam apenas para a necessidade de titulação prévia (segundo grau para os cursos técnicos, graduação para os cursos de especialização, graduação em medicina para os cursos fechados), mas sem correlação com o conhecimento adquirido anteriormente, que possa ser útil em termos práticos (aumentando o leque de atuação do profissional), pouco irá ajudá-lo no aprendizado da MC. Nos cursos de formação técnica ou livres os alunos cursarão matérias das ciências ocidentais (como anatomia, fisiologia,

⁶⁶ à exceção de dentistas e veterinários, em suas respectivas áreas

patologia), “visando dar suporte para o diálogo entre o profissional de saúde e o paciente ocidental.” (Hao Yang Sang, P/L).

Segundo Wang Shu Ho (P), é preciso ensinar desde a base, “é toda uma linha de raciocínio completamente diferente de tudo que você tem no ocidente”. Mesmo os coordenadores das escolas médicas afirmam:

Nós vamos dar um treinamento do zero. O ideal mesmo... Para fazer um curso de acupuntura é ideal um que tenha residência médica em clínica médica e ter mais 3 anos de prática médica, aí fazer curso de acupuntura, porque se for direto, por exemplo, um recém formado vai fazer curso de acupuntura, então fica muito setorizado pra o conhecimento de MC (A. Cochrane)

Esta afirmação acaba apontando uma contradição: o médico precisa fazer duas formações completas e independentes - uma em medicina ocidental e outra em MC - para dar conta dos dois diagnósticos precisos, ou acaba capenga em um dos dois. Em resumo, os saberes em saúde são múltiplos e abundantes e concentrar saberes tão distintos sob as prerrogativas de um único profissional inviabiliza não só a formação, que vai se tornando infinita, como o acesso dos usuários a tais profissionais, cada vez mais raros e caros, pelo próprio dispêndio de tal formação.

Ainda é pequeno o numero de médicos que se especializam em acupuntura, embora tenha um bocado de cursos acontecendo aí no Brasil inteiro... Não tem massa crítica. Eu acho que se se difundisse a acupuntura como uma técnica de estimulação neural eu acho que ia ter muito maior procura de médico. São raros os médicos recém-formados que procuram fazer acupuntura. São os que já estão descrentes, já não aguentam mais e aí vão fazer uma medicina alternativa e quando falam isso eu fico danado, acham que vão fazer outra coisa (W. Harvey).

Quem vem fazer acupuntura já tem, vamos colocar, cabeça diferente, pensamento diferente. Quem faz acupuntura vai ter uma visão mais ampla, é diferente do médico que vai fazer alopatia que tem visão mais restrita. Então ele diz: quero ser anestesiologista, quero ser cirurgião de coração, quero ser reumatologista, pediatria [...]. Quem faz tem bastante mente racional, é todo um trabalho do raciocínio, conhecimento, remédio é bom pra isso, qual dosagem, o que acontece, este é o pensamento (A. Cochrane).

W. Harvey, por trabalhar apenas com a perspectiva neurofuncional da acupuntura, o único que poderia abertamente fazer a seguinte declaração, sem contradições entre seu discurso e sua prática profissional:

Quando tudo quanto é área da área médica ou da área de atendimento acham que a acupuntura é uma especialidade também deles e justificam isso dizendo - não, isso não é medicina! Eu acho que é um perigo porque aplicada sem muito diagnóstico, pelo menos o que o médico pode estar preparado pra fazer, você mascara situações que poderiam ser tratadas de forma mais adequada, [...] então é necessário você ter o diagnóstico. Mas do ponto de vista de que eles podem fazer porque não tem haver com a medicina, acho perfeitamente válido! E tem mais uma coisa, funciona!

A maior dificuldade para o estudante ocidental da MTC está nas diferenças enormes entre os padrões de pensamento ocidental e chinês. Poucos profissionais ocidentais estão inteiramente conscientes desta diferença e poucos estão preparados para dedicar o tempo e a energia no entendimento deste modo de pensar. Muitos médicos adotam uma postura mental ocidental quando lidam com conceitos abstratos chineses ou até mesmo tentam forçar os conceitos ocidentais dentro do conceito chinês, resultando em não entendimento adequado. Quanto mais os profissionais puderem deixar de lado os conceitos e os estilos do pensamento ocidental, mais eles poderão aproximar-se dos conceitos chineses; fato que levará a um entendimento mais completo da MTC e consequentemente a melhores resultados na prática clínica (ROSS, 1994, p.3).

O exposto ressalta o caráter independente da MTC em relação a graduações anteriores de quem deseja exercê-la. Por isso é possível reunir em uma única turma de pós-graduação alunos com formações tão distintas quanto biomedicina, farmácia ou odontologia. Durante a formação em acupuntura o aluno faz contato com um novo campo de saber: todo o conhecimento prévio do profissional graduado é irrelevante para o aprendizado da acupuntura, já que as graduações em saúde compartilham a RMOC, cujas visões de corpo, saúde e doença são distintas daquelas próprias da RMC.

2.6 - Os benefícios de um itinerário ecológico e os entraves da trégua

De acordo com Santos (2008, p. 107), “o princípio da incompletude de todos os saberes é a condição da possibilidade de diálogo e debate epistemológico entre diferentes formas de conhecimento”. Dado que todos os saberes têm limites internos e externos, grandes ganhos em termos de saúde e bem estar dos usuários podem decorrer da ecologia de saberes e do trabalho conjunto de diferentes racionalidades médicas.

Para ampliar as possibilidades de acesso a terapêuticas embasadas por saberes distintos, há que se fomentar também a ecologia entre os profissionais que utilizam os diversos saberes. Durante as entrevistas, buscamos entender de que maneira os coordenadores concebiam a articulação da acupuntura com outros tratamentos no itinerário terapêutico.

Em geral, todos percebem os benefícios: “Penso numa clínica transdisciplinar. Não só na MC, uma clínica que possa se estaiar por todos os cantos, que você possa estar falando de várias coisas com estas pessoas, nos vários campos possíveis” (Sun Simiao - T/P).

De maneira geral, quando se tem um grupo de saúde bem aplicado e de certa forma bem consciente do que cada um é capaz de fazer, a acupuntura quando interage com isso ela só tem a ajudar. Então, em algumas vezes é interessante encaminhar o paciente a um nutricionista, a um psicólogo, ou pra um fisioterapeuta, ou para um educador físico, ou para um médico, isso vai depender da característica da doença (Pien Ch'iao – T/P).

[A relação do tratamento com acupuntura com outros tratamentos convencionais é] total. Podemos trabalhar em acordo com todo mundo. Exemplo, estou com um paciente de uma certa idade que tem perda de massa muscular, não adianta eu trabalhar somente com acupuntura com ele. Foi indicado um profissional de fisioterapia pra trabalhar a postura, o fortalecimento muscular, e vamos trabalhar em conjunto. Em parceria com o psiquiatra, que pode graduar os medicamentos quando o paciente apresenta melhora (Zhang Zhongjing - L).

Algumas disciplinas ofertadas nos programas de formação em acupuntura buscam estimular o diálogo entre ambas as medicinas, no sentido de obter traduções enriquecedoras – por serem fiéis aos universos do qual e para o qual buscam traduzir. Exemplos disso são as disciplinas de ‘Acupuntura aplicada às Patologias’ (ou títulos similares, presentes em metade dos programas analisados), nas quais são feitas correlações entre os saberes chineses e ocidentais: partindo do diagnóstico nosológico ocidental dado pelo médico, busca-se entender as síndromes da MC com que pode estar relacionado.

Uma coisa que facilitou o entendimento do ocidental é que o Mao Tsé Tung determinou aos médicos chineses que transformassem a linguagem ocidental na linguagem chinesa. Então, por exemplo, hoje a gente fala de tratamento de hipertensão na MTC. Hipertensão é um termo ocidental, que na verdade você tem hipertensão por deficiência do Yin do Rim, Deficiência do Yin do Fígado, por Fogo do Coração, então você tem três a quatro síndromes para uma doença. Se você pegar gastrite é um termo ocidental. Vamos dizer que é uma inflamação da mucosa gástrica. Mas não diz a causa, que é o que a MC fala. Então você tem 14 síndromes que se encaixam aí. Isso foi o Mao Tsé Tung que determinou. Tem uns livros aqui, publicados lá na China numa casa publicadora para línguas estrangeiras, publica pro espanhol, para o inglês, pro francês, e tem esta parte clínica, doenças gástricas, cardíacas e tal, nos termos ocidentais, e as síndromes enquadradas. Isso vem deste período do Mao Tsé Tung. Esta tradução dos termos ocidentais para a MTC (Li Shizhen, T).

Os coordenadores buscam deixar claro ainda que os acupunturistas não devem interferir no trabalho de demais profissionais, principalmente no que tange à prescrição de medicamentos:

Nós aqui não recomendamos nenhuma alteração das prescrições médicas ao paciente. Um paciente hipertenso eu vou tratá-lo com MC, um diabético, eu vou tratá-lo, mas em nenhum momento eu vou interferir no tratamento da outra medicina que ele esteja fazendo. Só o médico dele, quando vê a sua alteração, a sua melhora, é que vai reduzir dosagem e suspender medicamento, porque nós não temos autoridade para interferir na prescrição dos outros (Tao Hong-King, T).

Contudo, ainda que de maneira moderada, alguns apontam incompatibilidades:

Os tratamentos, se bem feitos, são complementares e podem potencializar-se. Agora, em algumas situações, o tratamento alopático pode gerar conflito com a resposta da acupuntura, notadamente algumas substâncias, principalmente os corticoides, tendem a reduzir os efeitos da acupuntura, e aí entrando um pouquinho nas iatrogenias médicas, tem determinadas medicações que são usadas a longo prazo que geram alguma gravidade orgânica, que mesmo assim a acupuntura pode ajudar mas têm algumas limitações (Pien Ch'iao – T/P).

Você toma uma medicação que vai desequilibrar de um lado, você toma um remédio que te ataca o estômago, você toma outro remédio pra aliviar o estomago, e a gente vai querer harmonizar a pessoa inteira. Então se você está tomando alguma coisa pra estar te desarmonizando toda, é um pouco complicado. A acupuntura funciona muito bem com homeopatia, com fisioterapia, qualquer técnica bem aplicada, qualquer medicação bem aplicada não vai lesar outro lado. Isso eu converso muito com médico, eu tenho uma boa relação com vários médicos aqui e a gente discute mesmo. Médico homeopata é bem legal, porque ele até pergunta, dentro da MC como é que está a visão, você avaliou o paciente, o que que você acha que eu posso estar também formulando de fitoterápico e de homeopatia pra poder uma coisa facilitar a outra? Então esta integração é importante, é legal isso, eu acho horrível isso de cada um fazer a sua parte, porque acaba indo um contra o outro. Se os dois compartilham da mesma visão e chegam num consenso e trabalham a formulação da medicação todos com um mesmo fim, fica tudo muito mais fácil. Os tratamentos se auxiliam, principalmente quando se tem relação entre os responsáveis pelo tratamento (Wang Shu Ho - P).

Os coordenadores informam preparar o aluno para a articulação com outros profissionais de saúde, principalmente com médicos:

É ensinado [para o acupunturista] os recursos pra receber aquele paciente e ter a capacidade de distinguir a necessidade ou não de auxílio médico, [...] tem que ter o treinamento pra saber se é capaz de tratar, se a acupuntura é a ferramenta adequada ou não. Alguns pacientes chegam por demanda espontânea e eu falo: não, o adequado aqui é você primeiro fazer uma avaliação, passar por um profissional médico. Mas muitas vezes isso não é necessário e a acupuntura é capaz de dar conta (Pien Ch'iao – T/P).

“O paciente muitas vezes já chega diagnosticado. Quando a gente tem sorte ele chega diagnosticado pelo médico, e não pela mãe ou pelo vizinho, e com mais sorte ainda o diagnóstico é correto” (Zhang Zhongjing - L).

Entretanto, é preciso deixar claro para evitar ingerências: o acupunturista não necessita nem do aval nem da indicação do médico para tratar pacientes, pois em termos legais o encaminhamento “não é necessário. Não existe lei, não existe crime” (Zhang Zhongjing - L). Além disso, em termos práticos, os acupunturista não dependem do diagnóstico médico nosológico para definir seus procedimentos: o tratamento será baseado na identificação da síndrome (ou padrão de desequilíbrio energético), próprios da MC. Além disso, conforme ressalta Tchen Kiuan (L) “não precisa ser doente para vir

na acupuntura. Se é pra vir tirar stress, ansiedade, por exemplo, então [o diagnóstico médico nosológico] não é necessário”.

Alguns relatos apontam até mesmo momentos em que o acupunturista ocasionou a correção de um diagnóstico médico apressado:

Infelizmente, tem muito diagnostico médico errado, né? A pessoa bota qualquer coisa ali e infelizmente são poucos os médicos que chegam e te examinam direito, [...] tem o cuidado realmente de avaliar direitinho, fazer um diagnostico correto e não ficar preso só no que o cara tá sentindo, no sintoma, e dar um remedinho pra passar a dor e pronto. [Em uma ocasião, recebi] um paciente que veio a princípio, encaminhado por um médico com uma lesão occipital. Eu pedi uma ressonância magnética dele, na verdade eu conversei com a médica que estava avaliando pra avaliar mais abaixo e ele tinha um tumor na dorsal dele. Foi direto para o oncologista... Não poderia ter sido feito o diagnóstico do câncer ali sem ter feito uma ressonância magnética, mas também se eu ficasse preso à indicação do médico que veio para mim eu teria tratado tudo errado e ia continuar ali e ele ia acabar morrendo.

Claro está que o fato de procurar um acupunturista não priva o paciente de também procurar um médico. A questão do diagnóstico pode ser - e tem sido - facilmente solucionadas via encaminhamento, bem aos moldes do que é feito entre médicos de diferentes especialidades, que também não costumam diagnosticar na área de outro especialista. Entretanto, a possibilidade do encaminhamento não é bem vista por todos.

Segundo A. Cochrane, o paciente “vem e eu não sou médico. Você veio com uma dor de cabeça, eu posso estar suspeitando, mas eu não posso pedir exames, eu não sou médico, não posso pedir exames. Posso até ter uma suspeita, pode ter um tumor... Mas não posso pedir ressonância,”, mas quando questionado sobre a possibilidade de resolver esta questão encaminhamento o paciente para um médico – clínico geral ou para um especialista, como os próprios médicos fazem entre si, ele é apenas taxativo: “Difícilmente se encaminha”.

Contudo, a tendência a esta conduta não se verifica nos discursos dos coordenadores de escolas abertas, conforme pudemos constatar. Segundo Hua-To (L), “O bom profissional tem que saber se o paciente não veio encaminhado, não fez exames é melhor tomar mais cuidado e qualquer coisa devolve, não tem problema nenhum, nos temos que nos comunicar com médico, com fisioterapeuta”. A negativa da solução da questão diagnóstica via encaminhamento evidencia a estratégia articulada pela categoria médica em busca de monopólio de mercado. Conforme R. Virchow:

Desde que [a acupuntura] se tornou ato médico, em 1992, pelo nosso conselho, nós não podemos delegar ato médico a não médico. Entendeu? Eu não posso pegar um paciente e falar você vai fazer acupuntura com o Fulano

ali que é fisioterapeuta ou que é leigo. - Eles não gostam que chame eles de leigo, [me corrijo]: não-médicos. Eu não posso indicar o paciente porque eu incorro numa falta grave ética. Eu não posso fazer isso, entende. Então pra eu encaminhar eu só posso encaminhar para os colegas médicos. E os meus colegas médicos de outras especialidades eles não podem encaminhar um paciente para não médico. O diretor clínico do convênio médico ele não pode admitir no quadro dele pessoas que não são médicas para trabalhar, porque ele pode ser chamado no conselho: Escuta aqui, você está delegando ato médico a não- médico! Entendeu?

Após negar o encaminhamento dos pacientes por parte dos acupunturistas aos médicos, A. Cochrane curiosamente aponta a resistência da categoria médica que, esta sim, omite-se em encaminhar o paciente para o tratamento com acupuntura, seja por desconhecimento, seja por preconceito para com outros saberes em saúde, ou mesmo por temor a algum tipo de desmoralização:

Geralmente é o cliente que indica outro, acho que a proporção deve dar nove para um: nove vem espontâneo e um vem encaminhado por colega. Porque que acontece isso? Eu sou neuro. você está com dor de cabeça. Eu vou tratar. Tome remédio, patati patata, volte daqui a um mês. – Doutor, está com a mesma dor! Então muda este remédio. Aí você ficou lá seis meses com ele. – Doutor, ainda está do mesmo jeito! Pra mim, neuro, fica difícil [dizer]: olha procura acupunturista. É difícil assumir, quando encaminha para acupunturista, está atestando: Eu não sei o que que você tem, procure outra coisa. Por isso, não é com frequência que os colegas indicam.

Zhang Zhongjing (L) encerra a questão com um discurso bastante colaborativo:

Se a saúde não é um negócio, a gente não está competindo. O fisioterapeuta, o médico, o psicólogo não são meus inimigos, são meus amigos. Se um paciente de um quadro psíquico tem a necessidade de falar, a minha formação é em acupuntura, não em psicologia. Então eu o encaminho para um tratamento psicológico. Por exemplo, existem pontos de acupuntura que suprimem totalmente a dor abdominal. Em sala de aula ensinamos que é proibido tirar dor abdominal, porque ela pode esconder várias coisas. Devo encaminhar ao médico, o cara vai fazer a ressonância, vai ver o que o cara tem, vai fazer o diagnostico dele, perfeito. Descoberto o que ele tem, aí eu tenho muitos recursos pra ir ajudando ele. Esse feedback é que tem que ter, uma coisa não tira o papel da outra. A medicina avançou muito, e se a gente pode usar estes avanços, excelente!

Esclarecer os limites de cada saber contribui para que a discussão sobre a jurisdição legal de cada profissão possa decorrer de maneira coerente com as possibilidades de resultados de cada terapêutica em prol de benefícios aos usuários. É preciso promover o intercâmbio entre as atividades e os saberes específicos de cada um, estabelecendo requisitos coerentes para as respectivas formações. Entretanto, o debate acerca da formação adequada para o trabalho com acupuntura tem esbarrado em interesses mercadológicos, o que é comum nos processos de profissionalização. Conforme Li Shizhen (T):

O Mao Tsé Tung ele tinha uma intensão em termos de medicina, que era unir a medicina ocidental com a medicina oriental e o fruto de ambas sair

uma medicina superior às duas. Esta era a ideia dele. Ao estimular que se incorporasse mais a medicina ocidental na verdade não era ocidentalizar a MC. A ideia dele era juntar as duas medicinas pra fazer uma medicina superior às duas separadas. Eu acho que se não houver esta coisa da vaidade humana - isto é meu - esta coisa do corporativismo - só eu que posso exercer, eu que sou o dono - quando a gente passar deste patamar - isto aí tem alguns anos de evolução na espécie humana - quando a gente ultrapassar esta linha suja aí da vaidade, talvez a gente consiga chegar num caminho mais alto, onde ambos os conhecimentos possam se acoplar e talvez alcançar um elevado nível de medicina.

É sobre esta ótica – a da reserva de mercado – que abordaremos a questão no próximo tópico.

Capítulo 3 - Reflexos da significação nos (des)caminhos da profissionalização

Posto que no Brasil é uma prerrogativa do Congresso Nacional estabelecer as qualificações necessárias para o exercício profissional, vários projetos de lei já foram apresentados à guisa de regulamentação para o exercício da acupuntura. Segundo Fernandes (2004, p.26), “as leis que regulamentam as profissões são construídas de modo a estabelecer quais técnicas e competências são prerrogativas exclusivas e quais são campos de atuação comum entre diversas profissões”. As propostas variam: as mais abrangentes fomentam concomitantemente as formações técnicas, nível superior e especialistas, enquanto as mais restritas deixariam o exercício a cargo exclusivo de profissionais de saúde com pós-graduação, além do projeto de lei do Ato Médico, que poderia significar o monopólio médico da oferta do serviço.

Contudo, congressistas não possuem conhecimento técnico algum para determinar quais seriam as qualificações necessárias para o exercício das diversas atividades profissionais e necessitam de informações tanto para propor quanto para votar de maneira consciente os projetos de lei com este intuito. Tais informações só podem ser fornecidas pelos próprios profissionais, os que ‘sabem fazer’, os que possuem Zhi⁶⁷. Segundo Freidson (1988), o conhecimento é a força orientadora decisiva da sociedade pós-industrial: o que confere autonomia e poder profissional a qualquer categoria é a garantia de que somente os possuidores de um tipo de conhecimento especializado são capazes de julgar e avaliar o mérito de questões relativas a tais atividades, ou seja, o controle sobre o lado tecnológico e o conteúdo da profissão.

Maria Helena Machado (Diretora de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde)⁶⁸ afirma que não é possível posicionar-se a favor ou contra um projeto que vise regulamentar uma profissão sem fazer perguntas essenciais:

⁶⁷ Preferimos usar o termo em português ‘saber fazer’, ao invés dos habituais franceses ‘savoir faire’ ‘expertise’ ou ‘know how’ do inglês, para chamar a atenção para o aspecto linguístico da colonização, que aceita bem termos europeus ou norte-americanos, mesmo quando há bons similares nacionais, mas não aceita utilizar termos chineses como Qi, forçando traduções simplistas (no caso, ‘energia’) que implicam em imensas distorções de significado. O ideograma para Zhi (conhecimento) apresenta em sua parte superior “uma flecha e uma boca. A precisão da flecha nos confere a capacidade de nos pronunciarmos sobre um assunto, alcançando diretamente o alvo. O conhecimento é percepção exata. Conhecemos uma coisa quando a atingimos com precisão (através dos órgãos dos sentidos); concebemos o que isto é (dentro do coração) e podemos enuncia-lo (pela língua, pela boca) e manifesta-lo (com nossa luz)” (VALLÉE e LARRE, 2007, p. 147).

⁶⁸ Audiência Pública N°: 1705/07, op. cit.

É necessário criar uma nova profissão? Com que molde ela tem de ser? [...] Estamos em diálogo com os representantes da acupuntura. Todas as vezes em que debatemos eles são os primeiros a serem convidados. Precisamos aprofundar o debate e saber: onde estão as escolas que formam esses profissionais? De quantas precisamos no País? Quantos profissionais temos hoje já com formação adequada para ter o diploma de nível superior? Todo esse processo precisa, ao nosso ver ser pensado, rediscutido e visto com bastante cautela.

É preciso responder a tais perguntas considerando as possibilidades de formação e o potencial de cada uma delas em atender à demanda pelo serviço. Contudo, outros fatores também são decisivos no processo de definições de prerrogativas profissionais: segundo Freidson (1988), a conquista de uma posição livre de autoridade alheia sobre seu trabalho no mercado não pode ser explicado apenas pelo conteúdo da educação formal ou por algum caráter intrínseco da competência. Depende também da organização dos próprios trabalhadores.

Uma bem sucedida organização política é capaz de negociar e obter jurisdições favoráveis, controlando o mercado numa divisão do trabalho organizada através de sanção legal. Larson (1979) e Freidson (1988) constatam que a profissionalização promove a ordenação do mundo social como expressão do domínio de determinados grupos sobre outros, caracterizando novas formas de dominação. Neste sentido, é um fenômeno inscrito nas desigualdades sociais como relação de poder.

Portanto, mesmo que as autoridades competentes esforcem-se na busca das informações necessárias para uma decisão coerente, capaz de que conciliar os interesses dos prestadores de serviço com as demandas sociais de atenção à saúde, proporcionando o debate entre as lideranças das categorias nos moldes da democracia, as articulações dos grupos também são capazes de angariar votos de parlamentares. Este é o motivo pelo qual a grande maioria dos coordenadores de nossa amostra ocupam (ou ocuparam) cargos de diretoria nas entidades de classe (associações, sindicatos ou conselhos): tentam atrair políticos para sua causa, seja pela pura argumentação e conscientização, seja através do número de votos que podem oferecer em barganhas àqueles que os apoiam, ou ainda elegendo diretamente representantes de seus interesses (para não citar aqui os meios ilícitos utilizados neste intuito).

A delimitação do ‘campo’, conforme proposto por Bourdieu, fornece as bases para o estudo de táticas dos atores envolvidos na disputa para evitar perdas e obter ganhos: a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal estimou a existência de dois mil e quinhentos médicos acupunturista no país e vinte mil acupunturistas de origens diversas (fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos, terapeutas naturistas, descendentes de orientais,

etc.) (NASCIMENTO, 2006). Atualmente no Brasil a área de saúde é composta por catorze profissões estabelecidas, que diferem de demais ocupações por possuírem autonomia, poder de auto-regulação e monopólio legal do exercício profissional - o que garante exclusividade da oferta de sua atividade no mercado de trabalho (LARSON, 1977; FREIDSON, 1988).

Graças ao aval de seus conselhos e a legitimidade social de suas graduações prévias, o exercício multiprofissional da acupuntura – aquele ofertado por profissionais da área de saúde com especialização - vem tomando a dianteira e abrindo caminhos institucionais. Exemplo disso é a Portaria n. 971 (BRASIL, 2006) que recomenda a adoção das Práticas Integrativas e Complementares (dentre elas a MC/acupuntura), em caráter nacional pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: para o exercício da acupuntura no SUS a portaria exige título de especialista.

A decisão do Congresso parece estar cada vez mais próxima. Conforme relatório do deputado Edgar Moury sobre o projeto de lei que disciplina o exercício profissional de Acupuntura⁶⁹ apresentado à Comissão de Trabalho, Administração e de Serviço Público:

embora a acupuntura ainda não seja reconhecida como profissão, apenas no ano passado, o SUS pagou duzentas e vinte mil aplicações em todo o país. Isto porque, uma portaria [...] recentemente aprovou o uso da acupuntura no SUS, reconhecendo a sua classificação como terapia integrativa. Verifica-se, deste modo, que o seu uso como tratamento de saúde vem crescendo e ganhando credibilidade, deixando de ser uma mera 'alternativa à medicina convencional' para se tornar um poderoso recurso curativo. [...] Entretanto, a maioria desses profissionais vem atuando de forma individual, sem qualquer fiscalização. Em virtude disto, surge o argumento sobre a necessidade de regulamentar a prática da Acupuntura.

Considerando que a significação da acupuntura determina os quesitos para a formação, analisaremos nos próximos tópicos, como as categorias têm articulado suas forças na luta por uma regulamentação favorável - e favorável para quem.

⁶⁹PL n. 1.549 op. cit. (apensos os Projetos de Lei nº 2.284, de 2003, e nº 2.626, de 2003). Disponível em <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/831785.pdf>> Acesso em 05/03/2011. Tramitação em <http://www.camara.gov.br/internet/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=125811> Acesso em 05/03/2011.

3.1 – Ecologia ou colonização de saberes na definição de qualificações

Segundo Freidson (1988), a formação está no centro das estratégias profissionais, definindo qualificações e identidades. Parsons (1967) também dá centralidade ao ramo acadêmico das profissões, que garante domínio sobre a racionalidade cognitiva e a ‘cultura geral’ aplicável a um campo específico do trabalho, através do qual os profissionais desenvolvem uma habilidade especial. Por isso, questionamos os coordenadores sobre qual seria a formação ideal para qualificar os acupunturistas.

Em seu sentido mais restrito, o próprio termo ‘profissão’ aplica-se apenas aos grupos qualificados em educação superior, onde se adquire um tipo específico de conhecimento complexo, especializado, sistematizado e institucionalizado (FREIDSON, 1988). Os coordenadores de escolas abertas ratificam esta teoria. Hao Yang Sang (L/P) acredita que “o futuro seriam faculdades de acupuntura: ou como tecnólogo - dois anos, dois anos e meio - ou como bacharelado, licenciatura - quatro anos”. Mas, segundo ele, a maioria dos donos de escola seriam contra a graduação em acupuntura ou MC, “porque pra você ter uma faculdade você demanda um custo, demanda uma estrutura. Mas se eu busco o melhor para a minha categoria, isso é o que eu deveria buscar”. Contudo, sua expectativa não se confirmou, pois defenderam em uníssono: “o ideal é a graduação plena. Terminou o segundo grau, faz seis anos de faculdade de acupuntura. Isso é o ideal” (Cheng Xin-Nong - S).

Segundo Tao Hong-King (T), “o curso técnico é muito simplificado. [...] Eu acho que estes cursos deveriam evoluir para um curso mesmo de graduação. Eu acho bom, mas eu acho difícil, porque o corporativismo médico não vai permitir isso: não seria nem de acupuntura, seria de MTC”.

No Brasil ainda levaria muito tempo pelo termo ‘medicina’ pra entrar com a ‘medicina tradicional chinesa’, não seria aprovado. Pelo conteúdo, com três anos, na China você já tem universidade de 3 a 4 anos de Acupuntura e Tuiná, com noções de fitoterapia. Além dela, tem a faculdade de MC, onde o foco principal é o uso de ervas, medicamentos chineses, além da acupuntura e do tuiná, com cinco anos. [...] Algumas universidades chinesas tinha esta graduação de sete anos, onde a pessoa se formava com dupla titulação: Ocidental e Chinesa. Lembrando que lá, na China é em pé de igualdade, você se forma em medicina ocidental e MC. Os dois tem o mesmo nível, o paciente pode escolher qual o tratamento que ele quer (Hao Yang Sang, L/P).

A criação oficial da graduação em acupuntura seria um grande marco: enquanto todas as profissões de saúde reconhecidas atualmente foram desmembradas do corpo da

medicina, a graduação em acupuntura seria a primeira a decorrer de outra RM, garantindo legitimidade e autonomia a tais conhecimentos e abrindo um espaço oficial e definitivo pra a ecologia de saberes em saúde no Brasil. Talvez por isso os obstáculos à implantação do curso superior têm sido imensos:

Estamos batalhando desde 84 para isso e não deu jeito, tanto a classe médica como todos os conselhos federais de saúde são contra. Eles têm este argumento, né? Que se existe um curso superior de acupuntura vai existir um Conselho Federal de Acupuntura e muitos destes profissionais vão deixar de pagar os Conselhos. Então o curso técnico é o mais aprofundado possível, com maior carga horária (Hua To, L).

Li Shizhen (T) completa: “na verdade hoje a gente faz o técnico pra ganhar massa e poder pressionar para poder montar um curso superior de MTC. A partir daí não existe necessidade de um técnico”. Segundo Hua To (L), o curso técnico foi criado como um mecanismo de apoio à campanha de regulamentação da acupuntura,

para mostrar que existem cursos sérios, com carga horária grande e que são reconhecidos por alguma instituição oficial. Foi só para isso. [...] Curso técnico existe no Brasil desde 96. Foi muita batalha, aqui em São Paulo foi por manobras judiciais, foi briga judicial para conseguir abrir curso técnico aqui.

Alguns defendem que a oferta do técnico deva permanecer, mesmo com a criação do curso superior, porém de maneira reconfigurada. Segundo Cheng Xin-Nong (S), por definição, “o técnico só pode fazer aquilo que lhe é determinado”. Pelo novo Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, os cursos do ‘Eixo Tecnológico: Ambiente, Saúde e Segurança’ “devem prover apoio aos profissionais da saúde nas intervenções e no processo saúde – doença de indivíduos”. Mas pelo CBO, a ocupação de ‘acupunturista’ é descrita como uma atividade autônoma, exercida sem supervisão e requer curso técnico de nível médio (BRASIL, 2002).

Ambiguidades como esta decorrem do fato de que diversas instâncias influenciam na regulamentação ocupacional no Brasil até que o Congresso outorgue lei específica: o Ministério do Trabalho elabora pareceres acerca das demandas de regulamentação do exercício, definindo as grandes linhas sobre as quais uma demanda é julgada; o Ministério da Educação, por meio do Conselho Nacional de Educação, regulamenta a formação profissional de nível técnico, currículos e normas gerais do sistema universitário. No âmbito da saúde, o Ministério da Saúde participa da regulamentação prestando pareceres sobre as demandas profissionais, enquanto os Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde possuem atribuição legal de ordenar sobre a formação de Recursos Humanos para o setor (SABADO, FERNANDES e CARVALHO, 2010).

É preciso lembrar que uma legislação profissional, ao ser sancionada, costuma determinar os destinos dos que já exercem a profissão até o momento da promulgação da lei, o que interessa diretamente aos acupunturistas técnicos, assim como demais profissionais em exercício atualmente. No geral, novas leis não costumam ser retroativas quando isso acarreta prejuízos aos envolvidos e contém entre seus artigos as definições de como se deve comprovar o exercício prévio, garantido o direito de continuar exercendo o ofício para o qual se preparou, caso contrário poderia ser contestada num estado de direito.

Maria Helena Machado⁷⁰ demonstra preocupação com as implicações da criação da profissão de nível superior e suas conseqüências sobre as práticas integrativas instituídas pela Portaria 971:

Os profissionais aqui regulamentados vão requerer judicialmente que essa prática seja feita por eles. [...] É preciso que se preocupem com o que significa isso do ponto de vista do Sistema Único de Saúde. O que temos hoje são profissionais médicos, fisioterapeutas, biomédicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, que já fazem esse trabalho com cuidado, com atenção e com muita fiscalização dos seus conselhos.

Esta preocupação não se justifica pelo discurso dos coordenadores que defendem a graduação, pois nenhum deles se opôs ao ensino da acupuntura em nível de pós-graduação, chegando até a ressaltar sua utilidade. A própria OMS (WHO, 1999) recomenda a qualificação de profissionais de saúde paralelamente à formação plena, deixando claro que se trata de um treinamento limitado para uso em atendimento primário, cujos conteúdos variariam de acordo com a aplicação desejada:

Quanto ao problema de competências, cada profissional pode usar a acupuntura, desde que na sua área de atuação. Por exemplo, o psicólogo pode usar alguns pontos de acupuntura para relaxar o paciente, para relembrar melhor os fatos do passado, para aliviar tensões, encurtar números de sessões de psicoterapia; o fonoaudiólogo pode usar a acupuntura para ajudar na recuperação de seqüelas neurológicas, paralisias. Então, cada profissão pode usar a acupuntura, mas desde que dentro da sua competência (Wu Tu Kuang - Presidente da Associação Nacional de Acupuntura e Moxabustão)⁷¹.

Contudo, Pien Ch'iao (T/P) destaca oportunamente a estranheza de aprender acupuntura para tratar um aspecto isolado do indivíduo: “Acupuntura tem que ser aprendida para tratar o todo e ela deve ser exercida assim. Porque senão você perde o princípio básico da acupuntura, que é enxergar o indivíduo como um todo”. Para ele, é preciso uma formação plena e uma capacidade plena. É esta a proposta das escolas de pós-graduação de nossa amostra: nenhuma delas ensina acupuntura para atuação

⁷⁰ Audiência Pública N°: 1705/07, op. cit.

⁷¹ Ibid.

exclusiva em área determinada pela graduação anterior de alunos e, com exceção das escolas exclusivas para médicos, todas elas abrem turmas multiprofissionais. Nenhuma declarou oferecer curso de acupuntura para psicólogos – com foco em tratamentos emocionais, ou para fisioterapeutas – com foco em reabilitação, etc... Apesar da carga horária ser inferior à sugerida pela OMS para a formação plena, eles são treinados para atuar no ser humano em sua integralidade.

Li Shizhen (T) defende que o diferencial entre a graduação e os cursos de pós-graduação estaria numa outra questão: segundo ele, caberiam “dois cursos: um curso de acupuntura, que ficaria restrito aos conselhos, como pós-graduação, e um curso de MTC, onde [além da acupuntura, também] entram fitoterapia e dietética chinesa.” Pien Ch'iao (T/P) ressalta que no caso das especializações, “cabe ao conselho dele decidir se ele vai poder atuar em outras áreas, mas se ele estudou acupuntura, ele tem capacidade de exercer isso sim”: considerando que o uso das agulhas terão efeitos sistêmicos e a MC somente permite tratar a pessoa como um todo, sua aplicação não pode ser feita de forma especializada.

Observando as resoluções internas dos conselhos, podemos concluir que elas não cerceiam o serviço do especialista ao âmbito da graduação, mas apenas autorizam que o profissional afiliado exerça a acupuntura concomitantemente com sua prática profissional sem incorrer em falta, utilizando inclusive o mesmo espaço físico em que exerce sua profissão de graduação. Isto acaba por ampliar a área de atuação do profissional para além de sua graduação anterior: todos os acupunturista, através do treinamento adequado, aprendem a tratar problemas emocionais, algícos, músculo-esqueléticos, oculares, ginecológicos, digestivos ou quaisquer outros, com base nos conhecimentos próprios da RMC, independente de sua formação prévia em psicologia, fisioterapia ou gastroenterologia.

Contudo, é preciso deixar claro: nem os coordenadores de escolas que oferecem apenas curso de pós-graduação defendem que a prática da acupuntura fique restrita apenas aos profissionais previamente graduados em saúde, posto que isso representaria a submissão do saber médico chinês à RMO. Como ressalta Kia Ming (P), os interessados no aprendizado da acupuntura teriam obrigatoriamente que fazer antes um curso da área de saúde de pouca utilidade em sua prática clínica futura, o que restringiria o acesso de bons profissionais, que hoje, na ausência de uma graduação específica, procuram os cursos livres ou técnicos. Jinn Tsong (L) completa: “Eu acho que fechar só para a área de saúde é um desperdício. Eu mesma exerci por oito, nove

anos antes de me formar em fisioterapia”. Outros casos como este constam de nossa amostra, como o de Pien Ch'iao, que obteve o título de Doutor em acupuntura pela da WFAS sem possuir graduação em saúde.

Além disso, Maria Helena Machado⁷² afirma que “do ponto de vista sociológico, quando se fala que o cidadão é especialista, está-se criando uma pós-profissão: Há profissão de origem e especialidade”. Isso fundamenta a afirmação de Zhang Zhongjing (L): a especialização “em acupuntura é o maior absurdo que nós temos a nível legal em leis educacionais, porque nós temos uma pós-graduação de uma graduação que não existe. Isso é um absurdo total.” Nem mesmo cadeiras obrigatórias sobre acupuntura costumam compor os programas de graduação de nenhum dos cursos, que apenas eventualmente oferecem uma disciplina optativa para introduzir noções sobre o tema.

Quanto aos coordenadores de escolas exclusivas para médicos, não poderiam ter outra opinião a não ser a defesa do exercício exclusivo por seus pares:

Na verdade nossa ideia é um dia não ter um curso de especialização e ter apenas residência médica em acupuntura. A residência tem aula também à carga horária é bem maior, ela é diretamente atribuída pelo MEC, (...) é uma formação muito mais sólida, porque a experiência que o médico vai ter em dois anos, ela se integra melhor com as outras clínicas (R. Virchow).

O programa de residência médica em acupuntura foi estabelecido em 2002 pelo MEC, e constituem-se numa modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, caracterizada por treinamento em serviço. Com uma carga horária de 60 horas semanais durante dois anos, num total de 5.800 horas, e é atualmente ofertado nos estados de São Paulo, Santa Catarina, Pernambuco e no Distrito Federal⁷³. Os requisitos mínimos do programa⁷⁴ encontram-se no Anexo F.

Ressaltamos que quatro de nossos entrevistados médicos abriram suas instituições de ensino antes do reconhecimento da especialidade em acupuntura pelo CFM. Entretanto, após este fato, apenas um deles passou a restringir as vagas para médicos, enquanto os demais não compartilham a ambição pelo monopólio: mantiveram suas escolas abertas aos interessados, independente da formação prévia em medicina. Contudo, dois deles relatam as sanções que sofreram por manterem tal postura: Fou Hi (P) declara ter sido processado três vezes pelo CRM, “primeiro porque eu fiz

⁷² Audiência Pública N°: 1705/07, op. cit.

⁷³ Disponível em <<http://www.cmba.org.br>> Acesso em 24/03/2011.

⁷⁴ Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM052002.pdf>> Acesso em 12/02/2011.

acupuntura na época que não era reconhecido como especialidade, depois fui processado por ensinar a não médicos.” Wu Tu Kuang⁷⁵ desabafa:

Atualmente, sou o médico mais processado do país pelo CFM. Tenho dez sindicâncias e quatro processos éticos, todos referentes à defesa de uma acupuntura democrática para beneficiar o povo com técnica simples, eficiente e econômica. Dou aula de acupuntura há vinte e cinco anos, divulgo-a, ensinei a primeira geração de médicos acupunturistas. Sou perseguido por causa disso. Essas sindicâncias começaram desde a primeira audiência pública de que eu participei em 1996, na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, também sobre o projeto de lei da acupuntura. De lá para cá foram dez sindicâncias, todas por Estados diferentes, pessoas diferentes, mas na maioria por causa da Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura. Estou enfrentando tudo isso na Justiça Federal, consegui várias liminares e, apesar disso, eles me condenaram, desobedecendo liminar da juíza. Esta já é a sexta audiência pública. Eu sei porque em cada uma de que participo eu ganho mais duas sindicâncias. Então, sou perseguido mesmo.

Levantadas as possibilidades e opiniões sobre as formas de qualificação, é preciso considerar a viabilidade prática e financeira de implantá-las e o potencial de cada proposta em atender às necessidades dos usuários.

3.2 – Implicações da formação no alcance da acupuntura

Segundo Maria Helena Machado⁷⁶, as decisões do governo devem se pautar não apenas pelo interesse dos fornecedores dos serviços, mas também do público consumidor do mesmo, o que, em se tratando de saúde, inclui uma responsabilidade ímpar, especialmente em um país com um desafio como o SUS, que visa garantir o direito à saúde, “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Uma das diretrizes do SUS é o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, onde a palavra ‘integral’ remete não apenas ao aspecto democrático da escolha da terapêutica por parte da população que demanda os serviços, mas também à possibilidade de combinação de diferentes abordagens face ao adoecimento (NASCIMENTO, 1997, p.57).

A significação da acupuntura é determinante, pois se é percebida como um paliativo, seu lugar no itinerário terapêutico torna-se secundário. Mas de acordo com Ana Cristina Brasil⁷⁷ (Conselho Nacional de Saúde), “precisamos, literalmente,

⁷⁵ Audiência Pública N°: 1705/07, op. cit.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Ibid.

modificar o paradigma de se ter uma superassistência, uma super, uma média e uma alta complexidade e não ter uma prevenção.” Segundo ela, o objetivo é “a estruturação e o fortalecimento da atenção em MTC/acupuntura no SUS, com incentivo à inserção dessas práticas em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica. É muito importante dar ênfase à atenção básica”.

Ouvimos os coordenadores sobre como o serviço tem sido ofertado no Brasil e também em outros países e como a regulamentação poderia se refletir nesta oferta. Por meio de consulta a documentos oficiais e relatórios de audiências públicas sobre o tema, pudemos também ter acesso às demandas apontadas pelos gestores dos serviços.

R. Virchow define a posição dos médicos exclusivistas:

fazer graduação, igual tem nos Estados Unidos, a gente não admite aqui, mas é o que eles querem fazer. Eu não acho que seja recomendado, pelo seguinte: primeiro porque não tem necessidade, porque já tem médico demais pra fazer, entendeu? [...] Eu acho que o governo tinha que investir mais na formação do médico de medicina comunitária, aí nós vamos ensinar esta especialidade para eles. Vamos ensinar um sem número de coisas que ele pode tratar com acupuntura, treinar este pessoal, reciclar este pessoal. Porque aí não tem necessidade, gente, de outras pessoas fazerem uma formação paralela.

Entretanto, em outro trecho da entrevista, ele próprio admite a inviabilidade da proposta: quando assumia um cargo de alto escalão em uma das associações de médicos acupunturistas tentou concretizar esta ideia, “mas eles tem um programa tão imenso também que não cabia mais uma coisa, aí nos desistimos do projeto”. Hua To (L) aponta as consequências da restrição dos serviços à categoria médica:

Pense quanto médicos acupunturistas existem? São poucos. Quantos deles aceitam trabalhar no Posto de Saúde? Quase ninguém e se tiver apenas um médico fazendo acupuntura, quantas pessoas ele pode atender por dia? Esta acupuntura que tem no posto de saúde aqui da prefeitura é enganação. [...] Estive no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, que atende 300 pessoas por dia, todo dia pessoas diferentes, com tendinite, fibromialgia, LER e DORT, e só havia um médico fazendo acupuntura. Na verdade ele foi contratado como ortopedista, mas se ele for fazer acupuntura, a pessoa vai perder o ortopedista. Então, um dia na semana de manhã ele fazia acupuntura, nos outros dias com ortopedia. Quantas pessoas ele pode atender? Dezoito, vinte, que ficam em tratamento uns seis meses. As mesmas vinte, num posto que atende 300 pessoas diferentes num dia. Dá pra fazer a estatística de quantas pessoas são atendidas com acupuntura: 0,0000001%. Para a população, não é nada. É uma perda. Agora se tem uma equipe, uma boa equipe de acupunturista, dá pra atender vinte vezes mais pessoas.

A gente vai crescendo, mas é pouco, né? A população cresce muito mais. Eu coordeno um ambulatório do SUS, em todos os serviços do SUS que eu conheço a demanda é reprimida. É muito mais gente procurando a acupuntura que a capacidade que a gente tem de tratar até porque a maior parte destes pacientes que procuram a acupuntura são pacientes de dor crônica e que não vai resolver com uma sessão só, não libera vaga, ficam lá. A gente libera um mínimo de 10 vagas, uma vez por semana, só vai liberar

uma vaga a cada dois meses e meio. No consultório é diferente porque a gente recebe muita gente aguda. No SUS a gente não tem mecanismo de referencia eficaz para priorizar. Ficam na fila (W. Harvey).

Para que o povo tenha acesso à acupuntura no serviço público, precisamos de muitos acupunturistas. Somente médicos não dão conta, porque há muitas cidades sem médicos, muito menos médicos acupunturista. Em 1992, cheguei a assessorar a Prefeitura Municipal de São Paulo implantando serviço de acupuntura, de ioga, de fitoterapia em dezessete postos de saúde. Quando mudou a Prefeitura, com o Prefeito Paulo Maluf, ele resolveu que somente os médicos poderiam praticar acupuntura. De dezessete postos, foi para zero. Os médicos acupunturistas querem o monopólio, mas ninguém quer assumir, porque é muito trabalhoso fazer acupuntura no serviço público. Então, é importante levar em consideração que, para que o povo tenha acesso, precisa-se de equipes multiprofissionais. (Wu Tou Kwang.)⁷⁸

Restringir o exercício da acupuntura aos médicos significa aumentar a demanda por um grupo profissional que já não consegue atender as atuais necessidades populacionais de seus serviços, transferindo também para o nível preventivo – que começa a ganhar proporção, principalmente com os médicos de família, a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a introdução das Práticas Integrativas - o mesmo problema que se vê em relação às especialidades médicas: a escassez. Segundo o secretário nacional de atenção à saúde, Helvécio Magalhães⁷⁹ “nós temos uma categoria profissional, que são os médicos, que é possível que seja a única categoria profissional do Brasil que não tenha nenhum desempregado”. Os médicos insistem:

Você tem mais escolas médicas no Brasil do que a população demanda. Porque? escola médica, hoje... Se você for um deputado, se você conseguir colocar uma escola médica na sua região lá em Minas Gerais, no vale do Jequitinhonha, conseguiu pregar uma escola médica lá, as suas quatro gerações seguintes estão eleitas. Então o cara faz escola médica. Nós estamos querendo parar de fazer escola médica. Tem médico demais! Tá sobrando médico no Brasil, entendeu? Aí você fala assim comigo: Pô, mas como é que lá no interior [falta médico?] Porque ninguém quer ir, ninguém quer ficar naquela cidade. É um problema de distribuição e de falta de manejo da União (R. Virchow).

Helvécio Magalhães não pensa assim e argumenta que, ao contrário, o baixo número de médicos tem comprometido os serviços do SUS:

Nós temos que atacar esse problema aumentando a oferta de médicos. Nós precisamos de muitos mais médicos. O dobro do que temos hoje. Nós precisamos dobrar o número de médicos no Brasil, e claro que com qualidade. Eu diria que, talvez no mesmo patamar de financiamento, a questão da oferta do profissional médico do Brasil é o maior problema da saúde pública brasileira. Não é culpa dos médicos, é culpa do sistema

⁷⁸ Audiência Pública N°: 1705/07, op. cit.

⁷⁹ Em entrevista ao Globo Repórter de 01/04/2011. Disponível em <<http://g1.globo.com/globo-reporter/noticia/2011/04/tratar-mal-pessoas-e-inadmissivel-afirma-secretario-nacional-de-atencao-saude.html>> Acesso em 03/04/2011.

brasileiro. O Estado brasileiro não assumiu um papel que outros Estados nacionais assumem, como a Inglaterra, a França e o Canadá. [...] Nós temos que reconhecer que o estado brasileiro abandonou a regulação profissional. Delegou isso às corporações. E no caso médico isso é fatal, porque tem poucos em relação à demanda. O fato de termos crescido o Sistema Único de Saúde se voltou contra nós. Muita demanda por médicos, pouca oferta e dificuldades de fixação.

Estas são as causas pelas quais nem a OMS nem a WFCMS ou a WFAS apoiam o exercício da acupuntura restrito a médicos. Segundo Huang Di (L),

É simples. Vamos pensar na política da OMS. A OMS como um órgão que está tentando promover a saúde no mundo, e nos países pobres, onde mais se precisa, eles sabem que a realidade é que não existem médicos *per capita* suficientes para atender a demanda. E por outro lado, o país por ser pobre, a medicina moderna, com domínio dos laboratórios, é excessivamente cara para que as pessoas carentes possam ter acesso ao serviço de saúde. Por outro lado, os governos dos países pobres também não tem como dar conta desta demanda. Então, a OMS pensa: se eu tenho uma terapia que pode dar atenção primária em doenças crônicas não transmissíveis, coisas que não são de caráter infeccioso, coisas mais simples, tirando um pouco o peso, então a política é desenvolver as terapias complementares culturais das diferentes regiões do mundo e com as quais estes grupos sociais estão sobrevivendo durante milênios. Então na Índia a Medicina Ayurvédica, na China a MTC, e a exportação destes sistemas para o resto do mundo e o resto das populações pobres. Então para ela é interessante que uma pessoa da área de saúde com uma formação básica, bem formada em uma destas terapias possa satisfazer a necessidade de atenção primária, possa atender as necessidades de um grupo populacional determinado, onde não pode colocar um médico para fazer isso. É uma forma de aliviar as cargas públicas levando uma medicina de pouca carga econômica a quem precisa. [...]

No Brasil a acupuntura começou a comportar-se como uma terapia elitizada, então quem paga acupuntura aqui é quem está na elite, que tem dinheiro para pagar uma consulta, cento e tanto, duzentos reais, setenta, oitenta, depende de cada preço de mercado.

O próprio R. Virchow reconhece:

Sem querer passar pra você um elitismo da minha profissão, mas seguinte: infelizmente não tem escola médica para todos. Então todas as pessoas que tem vocação para serem médicos, nem todas elas conseguem ingressar em uma faculdade de medicina. É um vestibular difícil, não tem vaga para todo mundo. Quando tem é caríssimo, se não for na escola pública. Então estas pessoas eu acho que elas se sentem muito frustradas, porque elas acabam escolhendo uma segunda opção. Óbvio que não são todos, eu conheço excelentes fisioterapeutas, e também não vou dizer para você que estas pessoas não sabem o que estão fazendo, não é isso que eu estou dizendo. Eu estou dizendo que escolheram o curso errado. Se querem fazer medicina, tinham que fazer escola de medicina, formação como médico, aí vai trabalhar como médico.

Porém, para muitos a acupuntura não é a segunda opção, e sim sua escolha profissional por vocação. Podem, por certo, não terem vocação para a visão biológica do corpo humano, que não lhes parece fazer sentido:

Até hoje quem tem este pensamento racional é contra a MC. Não é [que sejam] contra, por exemplo, temos alunos do primeiro ano fazendo estágio conosco, ele pode optar por fazer pediatria, ou acupuntura, qualquer área. [...] Então eles tiram sarro de quem faz acupuntura, porque é uma coisa

mística não sei das quantas. - Poxa, você está fazendo um troço deste aí? Mas pessoa, como já vem com espírito diferente, pessoa encontra muitas vezes o que está procurando. Então este é o pensamento de médico que já tem sua especialidade na alopatia aí deve ser igual eu, fica meio desenganado da profissão, fica angustiado [como] quando deixei, e procura curso de formação em acupuntura. Aí diz: - Nossa! Era isso que eu queria mesmo entender como é que as nossas emoções podem estar provocando a doença, o tempo, o meio ambiente podem provocar doenças (A. Cochrane).

A identificação de um novo filão do mercado de saúde na acupuntura desperta interesses individuais e corporativistas. Conforme reportagem ‘Médicos se rendem à acupuntura’⁸⁰, a especialidade é apresentada como

Um bom negócio – O valor de uma única aplicação de acupuntura pode variar de 40 a 150 reais, quando realizada por especialistas em consultórios particulares. De acordo com Ysao Yamamura, são necessárias aproximadamente dez aplicações para um bom resultado no tratamento. Ele afirma também que o reconhecimento da acupuntura como especialidade médica – a prática não pode ser realizada por pessoas sem formação em medicina – abriu novas perspectivas para o profissional que procura essa especialização. “Os cursos puderam ser ministrados em universidades, e os seguros de saúde e os convênios particulares passaram a cobrir as despesas com o tratamento”, diz. “Além de ajudar a inibir as clínicas de fundo de quintal, o reconhecimento da acupuntura possibilitou ampliar o acesso das pessoas ao tratamento, garantindo mais segurança ao usuário e ao profissional.

A distorção veiculada na reportagem (que afirma que o reconhecimento da especialidade médica implicou na exclusividade) decorre da obsessão médica pelo monopólio da prática. Segundo Max Weber (1968), o monopólio de mercado poderia ser caracterizado como um ‘cercado social’ que exclui possíveis concorrentes externos e protege seus membros da dominação por clientes ou empregadores, além de manter a profissão coesa para conservar uma situação de privilégio. É a busca desta coesão que compele os médicos acupunturistas a ressignificação da acupuntura e à tradução colonizada por termos ocidentais. Segundo W. Harvey:

A vantagem da prática da acupuntura sobre o paradigma das neurociências é essa, você pode conversar com colegas de outras especialidades sem dizer: não! Foi o vento do fígado que gerou o fogo da madeira que não sei o que, enfim, é uma linguagem do chinês, que não é do meio. Então, tem isso: o que eu estou fazendo aqui é fazer uma estimulação neural periférica de estímulo assim assado, e isso aí vai produzir um relaxamento muscular, quer dizer permite que a gente tenha resultados reprodutivos, permite que você tenha um discurso apropriado com seus colegas e permite que você discuta isso com o plano de saúde. Os planos de saúde hoje eles pagam sessão de acupuntura - é um pacote, inclui tudo [...], mas você pode usar aparelho de eletroestimulação, que vai ficar mais caro, e então você diz assim: não, não está funcionando com agulha, eu vou aplicar um anestésico, você viu ali que eu trabalho com anestésico, e os planos não pagam isso. Nem aparelho, nem anestésico, eles pagam acupuntura. Não vale

⁸⁰ Do site do Grupo Ramazzini de Médicos do Trabalho de Campinas e Região. Disponível em <<http://www.grupo-ramazzini.med.br/noticiascursos/acupuntura.htm>>. Acesso em 17/04/2011.

a pena você ser especialista em acupuntura hoje, vale apenas você ser clínico e ter procedimento, que tem HPN, infiltração de ponto gatilho ou outro procedimento que tem, entendeu? Então é uma coisa assim, se você utiliza uma linguagem, diz que você faz procedimento, então você pode também conquistar esta condição.

A abordagem pós-colonial faz emergir os interesses ocultos no discurso dos atores envolvidos na disputa, favorecendo a compreensão do caráter colonizador do discurso científico acerca da acupuntura e suas finalidades: conforme R. Virchow, “com este discurso a gente tem uma interlocução muito melhor com colegas de outras especialidades”. Faz ainda uma declaração surpreendente: segundo ele, o empenho da categoria em obter a prática exclusiva da acupuntura

fica parecendo que é uma reserva de mercado, e não é isso. Apesar de que esta questão, se você for colocar saúde como mercadoria, o médico é formado para fazer isso! Eu ganho minha vida aqui porque eu me formei para isso, eu investi anos da minha vida nisso. Eu sacrifiquei uma porrada de coisa para isso. Estava todo mundo lá: vamos pra cachoeira, e eu com o livro de acupuntura, plantão, noites e noites e noites sem dormir, olhando doente. Aí o cara pega e: - Não, nós vamos pegar o filé agora porque isso aqui é uma medicina diferente, é uma medicina energética, não tem nada haver. [...] Ah, eu faço MC. Não tem duas medicinas. Não tem, meu chapa. Medicina, oficialmente no Brasil é uma só. Ou é medicina ou não é medicina.

Proteger seus membros é um anseio comum a todas as categorias ocupacionais, mas quando se trata de saúde, a reserva legal de um mercado em benefício de uma determinada categoria profissional pode acarretar no abandono de uma imensa parcela da população que vê inviabilizado o acesso aos serviços. É preciso considerar as questões éticas que estão envolvidas quando se pensa saúde como ‘mercadoria’. “Saúde não é negócio. É necessidade básica”, afirma Zhang Zhongjing (L). Sun Simiao (T/P) propõe

pensar numa medicina de libertação do ser, pensar numa medicina que tenha como paradigma o que a MC tem, que é uma medicina de uma autonomia, de uma independência, e não uma medicina dentro de um sistema de saúde que é um sistema que vive da dependência, que vive de vender as coisas, é um sistema que no meu entender funciona muito assim, causa dependência, produz doença, vende mercadoria o tempo todo.

A gente está querendo pensar saúde no momento em que a gente está vivendo. Então quando eu digo trazer intercessores pra estar articulando este pensamento da MC, trazer Foucault, Deleuze, Espinoza, Guatarri, Ivan Illich, enfim, trazer outros pensadores no campo da saúde e no campo da vida para o campo da MC também, pra poder dialogar com eles. É o pensar do homem, o pensar da saúde e do sistema, a física quântica - Capra e o Ponto de Mutação [...], pensar o humano articulado com outras coisas, pensar ciência, discutir a ciência, fazer uma análise da ciência. O projeto de saúde que eu vejo é um projeto de muito mais autonomia do que o contexto mercadológico de saúde que a gente vive. Só que quando veio pro Brasil, quando vem pro ocidente, isso vem dentro de um sistema de saúde nosso, seguindo um modelo americano que é um modelo de consumo violento. Então a acupuntura passa a ser alguém fazendo, um outro recebendo, uma relação de dependência. Quer dizer, é mais um mercado de trabalho que se abre [...],

está muito naturalizada esta função da acupuntura enquanto mais uma técnica, enquanto mais um recurso que se insere e que se encaixa bem no nosso modelo de saúde. E eu continuo achando que a acupuntura e a MC têm uma função de discutir e questionar este modelo de saúde, modelo de medicamentos e dependências.

Por isso o Conselho Nacional de Saúde⁸¹ solicita ao Senado que ao analisar o PLS/25 do Ato Médico,

leve em consideração as garantias constitucionais relativas ao direito dos usuários do SUS ao atendimento integral e preserve a autonomia dos profissionais de saúde, em favor da continuidade da prática de assistência integral, do acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde efetivadas a partir das políticas e dos programas do Sistema Único de Saúde.

A redação final do PL não menciona a acupuntura diretamente, mas define como prática exclusiva dos médicos os procedimentos invasivos da epiderme e derme – o que impediria sua execução por não-médicos. Porém, o parágrafo sétimo resguarda as competências de todas as profissões de saúde regulamentadas e outras que venham a obter tal status. Sendo a acupuntura uma especialidade de diversas outras profissões de saúde regulamentadas, tais categorias teriam seus direitos de praticar acupuntura implicitamente preservados. Segundo Li Shizhen (T),

o pessoal que exerce acupuntura e estão amparados pelos seus Conselhos eles não estão brigando pela MTC, eles já estão regulamentados, estão enquadrados dentro de um Conselho que tem representação federal e que tem resolução amparando eles, eles não veem esta necessidade de ter um conteúdo programático voltado para a MTC. Aliás, muitas das vezes eles acabam fazendo como o acupunturista alopático: ele quer enquadrar a acupuntura dentro da fisioterapia, ou na abordagem da enfermagem. Está tendo esta guerra agora. Os conselhos praticamente já estão salvaguardados foram aliados nossos até um determinado ponto. Eles pararam e quem luta pela MTC continua no bonde, porque o nosso objetivo é a regulamentação da MTC, independente de qualquer área acadêmica. Não é a acupuntura. As alianças com os conselhos de saúde foram boas para garantir que o corporativismo médico não tivesse a propriedade da acupuntura. Isso, esta primeira etapa, ela já passou.

Tudo leva a crer que sim. Segundo Nascimento (1997, p.85), o relatório da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal defendeu

o que foi denominado ‘verdadeiro acupuntor com todo o seu embasamento teórico tradicional e com toda a sua visão holística’, em oposição ao emprego da acupuntura ‘de forma esfacelada por médicos e por qualquer profissional de saúde’, embora se tenha preconizado a importância da integração destes campos do conhecimento através de equipes multiprofissionais.

Mais recentemente, segundo o relatório da Dep. Aline Corrêa⁸² à Comissão de Seguridade Social e Família,

⁸¹ através da Recomendação nº 031 de 12/11/09

⁸² De 12/03/2010, porpõe o Substitutivo ao Projeto de Lei n. 1.549, op. cit.

Declarar a acupuntura exclusivamente uma especialidade médica seria, a nosso ver, uma medida incorreta. Por um lado, vedaria o exercício profissional de milhares de profissionais que vêm exercendo há anos seu mister com dedicação e competência, alguns desde antes de o CFM reconhecer a validade terapêutica do método e torná-lo especialidade. Por outro, iria contra o conceito de especialidade médica como o concebemos. As especialidades médicas têm-se originado à medida que o aumento do volume de conhecimento ou da sofisticação técnica em um determinado segmento da medicina passa a requerer dedicação integral do profissional. A acupuntura, por seu turno, é uma prática desenvolvida no âmbito da MTC que vem sendo empregada no Brasil seja integrada com outras práticas da MC, seja como técnica autônoma ou ainda em conjunto com outros tratamentos. Não há porque classificá-la como especialidade exclusiva de médicos. A boa prática da acupuntura, assim como a boa prática de qualquer das profissões de saúde, requer um aprendizado adequado, comportamento profissional ético e fiscalização por conselho competente.

É preciso fazer considerações de longo prazo. Em primeiro lugar, no contexto atual, os profissionais contratados pelo SUS são pós-graduados, o que justifica remunerações mais altas devido à maior titulação. Se forem médicos, a remuneração é ainda maior, com menor carga horária de trabalho. Em segundo lugar, o tempo que dedicaram ao aprendizado da acupuntura, como levantamos, é de cerca de dois anos. O profissional graduado em acupuntura teria uma carga horária de formação muitas vezes maior, aumentando a qualidade do serviço prestado. Uma possibilidade prevista pelo MEC para cursos superiores são os cursos tecnológicos, que tem em média 2.500 horas (para a área da saúde), o suficiente para a formação plena em acupuntura, que inclua todas as dimensões da RMC, segundo a tabela da OMS. Os padrões habituais brasileiros para os cursos de saúde giram em torno de 4.000 horas, o suficiente para uma formação mais completa, englobando as demais terapêuticas.

Contudo, conforme pondera Jinn Tsong (L) é preciso primar pela qualidade do ensino. Segundo ela,

se virar graduação, vira um problema do capitalismo, vira dinheiro, vai entrar cem alunos na sala pra estudar amontoado, e é um estudo muito aprofundado, muito técnico e se tiver muita gente você não consegue estudar direito. Eu sou a favor da graduação desde que feita com qualidade. Se for pra ser banalizado, eu já acho melhor manter nas escolas que se dedicam a isso e recebem pessoas que realmente querem estudar, e não apenas os que querem ganhar dinheiro.

De fato, tal risco é concreto e para evitá-lo é preciso criar também os mecanismos de controle e fiscalização. Os Conselhos configuram-se em Autarquias, cuja função é regular e disciplinar o exercício profissional, assegurando tanto os interesses dos profissionais habilitados quanto os da sociedade em geral. O fato de não haver uma regulamentação para o exercício da acupuntura impede que haja uma fiscalização eficaz da prática, através da criação do Conselho Federal de Acupuntura.

Parsons (1967) ressalta, entretanto, o dilema representado pela oposição entre ‘racionalidade’ privada e ‘interesse público’ como motivação para a ação individual, indicando que na prática, os Conselhos zelam muito mais pelos interesses de seus membros-contribuintes que pela qualidade dos serviços oferecidos aos consumidores dos mesmos. De toda forma, o exercício profissional regulado assume um caráter público, em consonância com a legislação em vigor (FAVIEIRO, 2007). Com a criação do Conselho e a implantação da graduação, o processo de profissionalização estaria completo.

A criação da graduação viabiliza ainda a implantação de programas de Mestrado e Doutorado (Pós-Graduação *Stricto Sensu*) específicos. Li Shizhen (T) ressalta que a regulamentação possibilita o acesso à verbas oficiais para pesquisas, “um CNPQ apoiando estudos em MC, coisa que nós não temos aqui, não temos nem um boletim científico, não temos verbas públicas para isso”. Segundo ele, os estudiosos brasileiros “tiveram enfraquecidas sua capacidade de pesquisa porque tiveram que se engajar na luta política de médico / não-médico para a regulamentação da acupuntura. Fomos obrigados a ir para o lado político e fugir um pouco da pesquisa para poder garantir a MTC e a acupuntura no Brasil”. Isso tem comprometido também o processo de tradução legítimo, que permite transplantar tal saber para o contexto nacional:

A MTC tem esta visão universal, mas você tem que trabalhar local. Em termos de dietética [por exemplo], você não vai catar ninho de andorinha para o paciente comer... Isso é lá na China, não aqui... Hoje mesmo, aqui, a gente faz pesquisa com ervas brasileiras dentro da linguagem da farmacologia chinesa. Mas ainda estamos engatinhando, não temos verbas públicas, precisamos desenvolver pesquisas.

Sem dúvida, o maior ganho da regulamentação viria do estabelecimento de um currículo mínimo:

Qual é a carência do Brasil? Organicidade na metodologia do ensino. Eu vejo os currículos das escolas e leio: Primeira aula: Teoria Yin Yang e cinco elementos. Aula dois: Pulso chinês. Aula três: Teoria dos Zangfu. Aula 4: Diagnóstico da Língua... Quando eu vejo isso, eu vejo que quem está montando este currículo não sabe MTC. Eu tenho uma colcha de retalhos.

Numa formação acadêmica você tem que ensinar primeiro ao aluno como funciona o organismo de acordo com a medicina que você vai estudar: toda a parte de fisiologia, que aí entra a filosofia porque está implícita, como funciona. Toda a fisiologia energética, Qi, Xue, Jin Ye... Se você não entende como funciona, você não entende como diagnosticar. Etiopatogenia: já sei como funciona. Agora preciso saber como adoece e que fatores fazem adoecer o organismo. É a segunda fase. Como funciona e como adoece. Entendida a fisiopatologia, as doenças básicas como funciona. Terceira fase. Como eu posso ter um paciente e reconhecer estes fenômenos. Aí vem Semiologia, Propedêutica e Diagnóstico. [...] Exame físico: inspeção, palpação, auscultação direta ou indireta, olfação... Diagnóstico: Paciente tem tal sintoma por causa de tal, tal e tal. Princípio de tratamento vai ser tal e tal.

Métodos que vou utilizar para seguir este princípio de tratamento: eu vou utilizar acupuntura com moxa, vou utilizar auriculoterapia, fitoterapia e exercícios. É a minha estratégia.

A formação em acupuntura no Brasil é uma colcha de retalhos. Não se tem uma formação acadêmica em MTC. Existe método japonês misturado com chinês, misturado com koryo, com a magnetoterapia, não existe uma linha coerente, um pedacinho de cada no monte e vai montando um sistema próprio e por aí vai. Tem que ter uma formação em MTC bem criteriosa. Mas não um critério pessoal: há duas organizações mundiais que determinam as diretrizes para o exercício da MTC no mundo que é a Federação Mundial de Medicina Tradicional Chinesa (WFCMS) e a Federação Mundial de Acupuntura e Moxabustão (WFAS), que estão ligadas a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Huang Di, L).

Recentemente a UNESCO manifestou-se quanto à estas questões de uma maneira que pode ser decisiva: aprovou a inclusão da acupuntura como Patrimônio Cultural Intangível da Humanidade. A insígnia, criada em 2003, configura-se num instrumento legal para garantir a preservação e a disseminação de saberes, línguas, festas e outras expressões de vida e tradições que comunidades, grupos e indivíduos em todas as partes do mundo recebem de seus ancestrais e passam a seus descendentes, oral ou gestualmente. Este tipo de patrimônio é particularmente vulnerável, uma vez que está em constante mutação e multiplicação de seus portadores.

Segundo a UNESCO, a acupuntura e moxabustão são ensinados através da instrução verbal e demonstração, transmitida através das relações mestre-discípulo, ou através de membros de um clã e atualmente, também são transmitidas via educação acadêmica formal. A instituição considera que uma das formas mais eficazes de preservar o patrimônio intangível é garantir que os portadores desse patrimônio possam continuar produzindo-o e transmitindo-o e por isso estimula os países a criarem um sistema permanente de identificação de pessoas que encarnam as habilidades e técnicas necessárias para a manutenção de um patrimônio cultural material. O Brasil assinou o Termo de Ratificação da Convenção para a Salvaguarda do Patrimônio Cultural Imaterial, tendo portanto o dever de opor-se à iniciativas que busquem esvaziar a identidade e as formas tradicionais de existência dos acupunturistas, assegurando a participação dos mesmos não só no exercício como na gestão de tais conhecimentos.

Em consonância com estas recomendações está a colocação de Sun Simiao (T/P): “Eu não estabeleceria nenhum critério prévio, [faria] quem achasse ou se sentisse dotado ali pra fazer o curso, independente da titulação que a pessoa tenha. Eu diria que teria que ser uma pessoa alfabetizada, para facilitar.” Para ele, o importante é que sejam oferecidos bons cursos de MC, com uma boa carga horária. Huang Di (L) completa:

Um bom médico não se forma em uma boa faculdade, se forma na vida. É importante para ser um bom médico você importar-se. Se você se importa com o paciente, com o que ele tem, se você não está vendo primeiro um paciente, você está vendo como resolver o problema do paciente e não o dinheiro, você vai ser um bom médico. Agora se você não se importa, faz assim, nem olha para o paciente, seja acupunturista, seja médico, você vai ser um medíocre. A relação está baseada no quanto eu me importo e quero resolver o problema daquelas pessoas. Se eu olho que este está pagando oitenta reais e aquele não está pagando nada, aí isso não funciona. A magia se perde, em qualquer medicina. Em qualquer medicina que você faça existe esta energia entre médico e paciente.

Eu não posso pegar uma coisa que tem cinco mil anos e me outorgar dono daquilo. A acupuntura é um patrimônio mundial, ela não pertence a ninguém. Eu não posso dizer que eu sou o dono da acupuntura. Nem como indivíduo e nem como categoria, nem como unidade classista, como são os diferentes conselhos. [...] Eu acho que a gente não deve dizer que alguém pode ou não pode, isso vai contra os direitos humanos porque você exerce o poder de um homem sobre o outro. Nossa proposta é que hajam cursos livres, cursos técnicos, ter cursos de graduação e cursos de pós-graduação. É um saber. Eu acho que cada pessoa pode praticar acupuntura de acordo com o nível do seu saber (Zhang Zhongjing - L).

A determinação da UNESCO não impede a regulamentação da acupuntura, posto que regulamentar não significa necessariamente restringir, mas sim organizar, mesmo que de maneira favorável a uma amplitude de soluções. Zhang Zhongjing (L) coloca as vantagens de uma regulamentação ampla:

Na graduação se formariam os profissionais mais completos, o que não inutilizaria os demais. Se nós pudéssemos trabalhar com a ideia de pirâmide, colocamos no topo da pirâmide as pessoas mais qualificadas, que não seriam utilizadas para atender coisas básicas. Na base, tu prepara acupuntures, técnicos de enfermagens, prepara agentes sociais com um estudo em acupuntura pra chegar na tua casa e te falar do frio, do calor, da umidade, te falar da alimentação correta, de sistemas de prevenção. Poder colocar as agulhas e fazer o procedimento que o acupuntor ou médico de MC te falou lá no postinho. Mas este profissional não pode atender todo mundo em casa, mas tu pode ir lá e colocar o tratamento nele, porque você foi preparado para isso. Você é um agente comunitário diferenciado, uma linha de frente aqui que atende cem pessoas e você tem uma linha de frente de cinquenta pessoas, atende cinco mil pessoas. Destas cinco mil algumas que não me dão resposta, entram num segundo nível, que depois deste passa a outro, até o topo da pirâmide.

Mas esta base não vai só filtrar, vai também dar uma referência, tirar dúvidas, prestar informação do que ele fez. Visitei dez pessoas na favela tal. Sou um agente comunitário, tenho meu segundo grau e técnico em acupuntura, sei localizar os pontos, aplicar as agulhas e fazer os procedimentos. Não sei fazer diferenciação de síndrome, dar diagnóstico é uma coisa mais complicada, mas estou dando continuação no tratamento. Este modelo de saúde da família, eles acham que descobriram a América. Isso já foi inventado pelos ‘médicos pés descalços’, na época do Mao Tsé Tung. Eu sei até aqui, pratico até aqui. Com o que eu sei eu resolvo tais casos e se eu não resolvo, eu levo para outras pessoas que sabem mais do que eu. E assim sucessivamente, a gente vai construindo pirâmides de atendimento onde a pessoa sempre tem possibilidade de ter resposta [...]. Se você for ver como a acupuntura chega no Brasil, foi com os japoneses... Eles não dominavam textos clássicos, sabiam quatro ou cinco coisas boas e ajudavam.

Se existem níveis diferentes de doença, temos que dar respostas a todos os níveis de anseio das diferentes classes.

Jinn Tsong (L) completa: “Não sou contra a formação livre, acho que se você fizer boas escolas, não importa qual vai ser o nome do curso, importa que a formação, a base é boa”. Huang Di (L) dá o exemplo da experiência americana:

Nos Estados Unidos, um país ocidental, a mãe da medicina ocidental, como se resolve a questão da medicina complementar? Eles têm escolas que estão cadastradas dentro de um Estatuto de cada estado. O aluno sai com aquela formação, que tem que ser diária, com uma carga horária muito boa e aí basta ele fazer o exame estadual, é o estado que coloca este exame. Se você não passar neste exame teórico-prático, não vai adiantar você ter quinhentos diplomas, você vai ter que fazer este exame de qualquer jeito. Você passa neste exame, o estado te dá uma certidão, um licenciamento para você exercer sua prática em qualquer área do estado. Você tem que ter formado nas escolas que tem o currículo cadastrado. Então, toda esta brigalhada que existe aqui se resolveria com um exame estadual. Seria um primeiro passo.

Mas [...] implementar isso aqui no Brasil é muito complicado, é uma realidade muito complicada com muitos matizes políticos, muitos interesses econômicos, interesses pessoais, muitos médicos, muitos não-médicos, técnicos, que foram procurando, orientando-se...

A ampliação da oferta de serviços em acupuntura contraria ainda uma poderosa força que subjaz o campo da saúde: os interesses da indústria farmacêutica, que segundo Zhang Zhongjing (L) “só perde pra indústria armamentista, em movimento de bilhões de dólares anuais”.

Os laboratórios vão fazer todo o possível para que terapias como [a acupuntura] não sobrevivam aqui, porque imagina, vai diminuir o numero de pacientes que chegam e tem que tomar anti-inflamatórios porque tiraram a dor porque fizeram uma sessão de acupuntura (Huang Di, L).

É certo que existem grandes obstáculos, mas não é impossível transpô-los. Apenas é preciso definir os objetivos a serem alcançados. Segundo Zhang Zhongjing (L):

Nós temos hoje um país e este é o nosso propósito: Utilizar a acupuntura como um veículo de tratamento de população de massa. [...]. Em vez da gente ficar se preocupando com quem pode ou quem não pode, não, vamos nos preocupar em formar bem as pessoas.

E se a acupuntura pode servir como um instrumento, uma ferramenta para todas estas áreas de saberes da saúde, vamos botar a acupuntura a serviço destes profissionais, preparando eles dentro da acupuntura. [...] Nós estamos num país de duzentos milhões de habitantes e destes duzentos milhões, sobretudo no nordeste, o nível de pobreza é muito grande! Nós não estamos vivendo numa Noruega. Se estivéssemos, a gente podia fazer guetos, guetos com oligarquias, com classes dominantes. Nós somos um país hoje que tem duzentos milhões de habitantes, que tem problemas de saúde. Precisamos de uma medicina barata, eficaz e sem frescura, você tem que preservar aquela saúde, e como você faz isso? Não é proibindo, é preparando melhor, porque existe um déficit, existe uma necessidade.

Um fato curioso é que as universidades federais só oferecem a especialização para médicos⁸³. Isso evidencia o maior ‘capital social’ de que dispõe esta categoria: o termo foi utilizado por Bourdieu (1998) no estudo das desigualdades, referindo-se às vantagens que indivíduos possuem, e que via de regra os conduzem a um nível socioeconômico mais elevado. Segundo o autor, uma rede de relações sociais estável pode gerar externalidades positivas para seus membros.

A regulamentação não é o único caminho para a organização de novos campos de trabalhos emergentes com a globalização, os avanços tecnológicos e as novas demandas sociais. Contudo, hoje os avanços para o acesso ao serviço – tanto quantitativos quanto qualitativos - são muito lentos dadas as barreiras impostas pelos médicos – sejam os exclusivistas, sejam os que ainda não vêm com bons olhos a própria utilização da acupuntura. O grupo detém a hegemonia no campo da saúde e utiliza seu capital social para impedir a instalação de graduações independentes, monopolizar as vagas em pós graduações de Universidades Públicas e a oferta do serviço nos planos de saúde e no SUS. Neste caso, a regulamentação poderá criar uma maior estabilidade no campo, sendo um ponto de partida para a obtenção de novas conquistas tanto por parte dos fornecedores quanto dos usuários do serviço.

⁸³ Tais cursos de pós-graduação são oferecidos nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Piauí e Pernambuco, assim como no Distrito Federal. Informação disponível em <<http://www.grupo-ramazzini.med.br/noticiascursos/acupuntura.htm>>. Acesso em 06/04/2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que a colonização de saberes é mais branda no nível do ensino do que supunha nossa hipótese inicial: a RMC mantém-se presente nos programas de formação não só das escolas exclusivamente médicas como também entre as demais pós-graduações da área de saúde. Contudo, no nível discursivo a colonização de saberes mostrou-se voraz, com vistas à reserva de mercado. O saber biomédico hegemônico pretende-se total e tende a fagocitar tudo que se apresenta como opção. Na busca de subordinar outros saberes e manter o controle sobre práticas de saúde que possam desafiar seu poder, busca impor-lhes o julgo de sua própria lógica.

Quanto às práticas dos profissionais, entrincheirada entre os discursos colonizadores e a vigência dos saberes médicos chineses durante a formação, este estudo não permite tirar conclusões. Os riscos de subordinação da RMC não devem ser menosprezados, principalmente pelos egressos de graduações em saúde, já habituados ao viés reducionista próprio da RMOC: há fortes indícios de que na prática, esteja ocorrendo a apropriação da acupuntura enquanto técnica, seja pelo enfoque neurofuncional (onde o diagnóstico da MTC e as propriedades das cavidades de mobilização do Qi são ignoradas e substituídas pelo diagnóstico médico ocidental e pela proximidade dos pontos com estruturas neurais), seja pela aplicação restrita à área de atuação original do profissional, o que também significaria uma apropriação descontextualizada e subordinada. O próprio formato de pós-graduação – pressupondo formação prévia em saúde – aponta um importante traço de subordinação.

O que está em jogo é a ‘qual acupuntura’ o doente terá acesso quando necessitar: se à uma acupuntura incorporada à medicina biomecânica, subordinada à mesma, com resultados restritos e paliativos; ou àquela que se insere no referencial teórico da Medicina Tradicional Chinesa, uma ciência empírica com cerca de três mil anos de existência, com métodos próprios de diagnóstico energético, de caráter preventivo e sistêmico de alta eficácia e que possibilita à imensa população da China o acesso a uma assistência à saúde de baixo custo.

Novos estudos sobre o tema seriam desejáveis. Estudos observacionais contribuiriam para dimensionar até que ponto a RMC se preserva efetivamente durante os cursos: apesar de manter-se como conteúdo lecionado, há fortes indícios de que em determinadas instituições – em especial nas escolas exclusivas para médicos – esteja

sendo apresentada de maneira subordinada ou mesmo folclórica, o que pode implicar numa prática clínica totalmente esvaziada deste saber. Válidos também seriam estudos acerca da significação por parte dos pacientes - última instância na construção de um senso comum - constituída não apenas em decorrência das informações recebidas na mídia, mas principalmente durante os processos terapêuticos.

Nas interações que executam no campo, os atores buscam alcançar seus objetivos. O objetivo das categorias profissionais é proteger seus membros e os saberes em que se ancoram suas atividades. O objetivo da indústria farmacêutica é proteger seus lucros. O objetivo dos pacientes é preservar ou recuperar sua saúde. O Estado tem o dever de assegurar o bem-estar em uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, e sua intervenção será determinante para garantir a viabilidade prática da acupuntura em grande escala, favorecendo os preceitos de universalidade e equidade do SUS – um audacioso projeto de sistema único de saúde financiado por recursos públicos em um país de dimensões continentais e altos índices de desigualdades regionais como o Brasil.

A informação é um instrumento fundamental para que se abra caminho para racionalidades médicas distintas da ocidental contemporânea.

Os estudantes precisam de informação: poucos sabem que a medicina chinesa é um amplo, distinto, autônomo e complexo saber, e que a acupuntura não se somará como uma mera técnica em seu arsenal de opções dentro da mesma lógica dos conhecimentos previamente adquiridos nas formações de saúde - ao contrário, contrastará com eles. Daí a grande evasão dos alunos dos cursos de acupuntura, pois nem todos compreendem que se trata de uma outra forma de compreender e cuidar de um ser humano complexo, que está além da dualidade corpo-mente. Ao mesmo tempo, muitas pessoas que desejam aprender tal ofício pensam-se impedidas por não terem formação prévia em medicina, posto que é grande a dedicação dos médicos exclusivistas em divulgar informações distorcidas como esta. Além disso, cursos técnicos não estão disponíveis em todos os estados, enquanto os cursos livres tornam-se pouco atrativos perante o tamanho da contenda, por não oferecerem garantias quanto à prática profissional futura.

Os pacientes precisam de informação sobre outras formas de tratamento que lhes estimule a adotar condutas preventivas e favoreça sua autonomia ao cuidar de si, dando proporções populacionais à uma mudança cultural de hábitos que se iniciou com os movimentos da contra-cultura na década de 70. Precisam saber também que tem direito ao atendimento por acupuntura e outras práticas integrativas no SUS, que só se

concretizará de fato com a ampliação da oferta do serviço via formação adequada de profissionais em maior escala.

Os poderes executivo e legislativo precisam de informação para a construção de políticas públicas e legislações coerentes com os limites de cada saber e com suas possibilidades de atender às demandas da população. Concretizar os atendimentos em Medicina Chinesa em todas as suas dimensões no espaço aberto pela Portaria 971 no SUS significa abrir espaço para o indivíduo em um sistema que percebe os usuários como partes de uma massa homogênea, percepção que se reproduz no âmbito privado dos planos de saúde, já que ambos ancoram-se no modelo de atendimento da RMOC, eixo estrutural das graduações em saúde hoje existentes.

Trazendo para o foco a questão do significado, que se mantém como pano de fundo ou chega mesmo a ser suprimida do debate, esperamos ter contribuído para o reconhecimento da autonomia não só deste como de outros saberes oriundos de universos culturais diversos, posto que o trabalho conjunto das diferentes racionalidades médicas pode trazer grandes ganhos para os usuários dos serviços de saúde.

Ressaltamos aqui o caráter dinâmico do objeto, cujas condições observadas são totalmente provisórias. A significação da acupuntura perante a sociedade tem consequências políticas, econômicas e sociais, podendo contribuir positiva ou negativamente para o avanço das reformas necessárias ao setor de saúde, motivando ou cerceando a expansão de seu uso e influenciando não só no modelo de políticas públicas quanto nos resultados da disputa por regulamentação. Os destinos da acupuntura demarcarão, em última instância, o caminho para as demais terapias complementares, definindo os rumos do cuidado em saúde no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOTT, A. **The system of professions: an essay on the division of expert labour.** Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

BARBOSA, M. L. **Reconstruindo as Minas e Planejando as Gerais: os engenheiros e a constituição de grupos sociais.** Campinas: UNICAMP – tese de doutorado em Ciências Sociais, 1993.

BEAU, G. **A medicina chinesa.** Tradução de Maria Cristina Paschoal Basto e Maria Angela Calvão da Silva; Revisão de Hésio Cordeiro. Rio de Janeiro: Interciência, 1982.

BENJAMIN, W. **Thesis on the Philosophy of History, Illuminations.** Nova Iorque: Schocken Books, 1969.

BHABHA, H. **O local da cultura.** Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1994.

BOURDIEU, P. **Sociologia.** Renato Ortiz (org.). São Paulo: Ática, 1983.

_____. **O Poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em 13/09/2009

BRASIL. **Recurso Ordinário em Mandado de Segurança,** Superior Tribunal de Justiça - STJ, 2001. Ministro Castro Filho Disponível em <<http://www.stj.gov.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=acupuntura&&b=ACOR&p=true&t=&l=10&i=2>> Acesso em: 15/09/2008

BRASIL. **Classificação Brasileira de Ocupações.** Ministério do Trabalho e Emprego, 2002. Disponível em: < <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaCaracteristicas.jsf> > e < <http://www.mte.gov.br/empregador/cbo/procuracbo/conteudo/tabela3.asp?gg=0&sg=7&gb=9>> Acesso em: 15/05/2011.

BRASIL. Portaria SAE/SUS N° 971, de 03 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de**

Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 13/09/2008

CAMPBELL, C. **A orientalização do Ocidente:** reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. *Religião e Sociedade*, v.18, n.1, p.5-22. Rio de Janeiro: 1997

COELHO, R.; ROCHA, M. Placebo – Compreender a cura pelo nada. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, vol. 5 n. 2. p. 141-154. Porto: Sociedade Portuguesa de Psicossomática, 2003.

COSTA, S. Desprovincializando a Sociologia. A contribuição pós-colonial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 21 n°. 60 fev/2006b. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n60/29764.pdf>> Acesso em 30/03/2011.

ESCOBAR, Arturo. **Territories of difference:** place, movements, life, redes. Durham and London: Duke University Press, 2009.

FAVIEIRO, C. P. **Conselhos Profissionais de Saúde e suas transformações, a partir da nova Constituição:** um estudo comparado entre os conselhos de farmácia, de enfermagem e de medicina. Porto Alegre: Universidade Católica, 2007.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo:** teoria, profecia e política. São Paulo, Edusp, Coleção Clássicos, n. 12, 1988.

FERNANDES, P. J. **Ato Médico:** Versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das Profissões da Área de Saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado em História das Ciências da Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

FREITAS, S. M. A prática da medicina tradicional chinesa e terapias alternativas no Brasil. In: **China em estudo.** São Paulo, FFLCH, USP, n. 6, p. 103-115.

FROIÓ, L. R. **Expansão da Medicina Tradicional Chinesa:** uma análise da vertente cultural das relações internacionais. Brasília, 2006. tese (Mestrado em relações internacionais) – Instituto de RI, UNC.

GIDDENS, A. **A Constituição da Sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 1986.

GOFFMAN, E. **Frame analysis:** An essay on the organization of experience. Cambridge: Harvard University Press, 1974.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1985.

HALL, S. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2003.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

INSTITUTO DE INFORMAÇÃO EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA Brieff Introduction of the development on Traditional Chinese Medicine in China. **China Information Service on TCM**. Disponível em < <http://www.cintcm.ac.cn/general-e.html#ge-1>> Acesso em 20/11/2010.

JACQUES, L. M. **Categorias Epistemológicas e Bases da Medicina Tradicional Chinesa**. Rio de Janeiro, 2003. Tese (mestrado em ciências) – Área Interdisciplinar de História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia, UFRJ. Disponível em: < <http://oscarhome.soc-sci.arizona.edu/ftp/TeseMestradoLilianJacques.pdf>> Acesso em: 07/09/2008

JEWSON, N.D. 2009, The disappearance of the sick-man from medical cosmology. 1770-1870. **International Journal of Epidemiology**; Oxford, v. 38. p. 622–63 Disponível em < <http://www.epidemiology.ch/history/PDF%20bg/Jewson%20ND%202009%20the%20disappearance%20of%20the%20sick-man.pdf>> Acesso em 02/05/2010.

CAMARGO JR. K. R. A Biomedicina. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177- 201, 2005.

KUHN, T. S. **A tensão essencial**. Lisboa: Edições 70. Biblioteca de Filosofia Contemporânea, 1977.

KUHN, T. S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LARSON, M. S. **The Rise of Professionalism: a Sociological Analysis**. Los Angeles: University of Califórnia, 1977.

LONGUENESSE, E. "État, institutions, pouvoirs et professions libérales", in Lucas, Y. e Dubar, C. **Genèse et dynamique des groupes professionnels**. Lille: Presses Universitaires de Lille, 1994.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

LUZ, D. Medicina Tradicional Chinesa, racionalidade médica. In Nascimento, M. C. (org.): **As duas faces da montanha**. Estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. Hucitech: São Paulo, 2006.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. 7 : 13 – 43. Rio de Janeiro: 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>> Acesso em: 26/09/2010.

_____. Prefácio. In Nascimento, M. C. (org.): **As duas faces da montanha**. Estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. Hucitech: São Paulo, 2006.

_____. TESSER, C. D. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26/11/2008.

_____. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 22/11/2008.

MACIOCIA, G. **Fundamentos da Medicina Chinesa**. São Paulo: Roca, 1996.

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 1999, v.9, n.1, p.83-112. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/04.pdf>> Acesso em 22/04/2011.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.

MELUCCI, A. **Por uma sociologia reflexiva**; pesquisa qualitativa e cultura. Petrópolis: Vozes, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, M. R. C. **A reinvenção da Acupuntura.** Estudo Sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira. Dissertação de Mestrado em Ciências da Religião. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2007.

NASCIMENTO, M. C. **De panacéia mística a especialidade médica:** a construção do Campo da Acupuntura no Brasil. Instituto de Medicina Social – UERJ: Rio de Janeiro, 1997.

_____. De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. **Hist. Cienc. Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000100005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 01/10/2008.

_____. Acupuntura, medicina e interculturalidade. In: **As duas faces da Montanha** – estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. _____(org). Hucitec: São Paulo, 2006

NOGUEIRA, M. I. De como Médicos brasileiros se tornam ‘Chineses’. In: **As duas faces da Montanha** – estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. Hucitec: São Paulo, 2006.

_____, CAMARGO JR., K. R. **A orientalização do Ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde.** Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25/09/2008.

PAIXÃO, A. L. A Teoria geral da ação e a arte da controvérsia. **Textos de Sociologia e Antropologia.** N. 24. 1988.

PARSONS, T. Las profesiones y la estructura social. In: **Ensayos de Teoria Sociologica.** Buenos Aires: Paidós, 1967.

QUEIROZ, M. S. **O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna:** uma perspectiva antropológica. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 20, n. 4, 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101986000400007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25/09/2008.

ROSS, J. **Zang Fu:** Sistemas de Órgãos e Vísceras da Medicina Tradicional Chinesa. São Paulo: Roca, 1994.

SABADO, N. G.; FERNANDES Jr, H.; CARVALHO, C. L. A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde** Volume 1, número 1. Versão online: 2010. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>. Acesso em 09/07/2010.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna**. São Paulo: Estudos Avançados, 1988. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22/04/2010.

_____. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2ª. Edição, 2008

SENNET, R. **O Artífice**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SOUZA. E.F.A.A. **Nutrindo a Vitalidade: Questões contemporâneas sobre a Racionalidade Médica Chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural**. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

SPINK, M. J. – Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um, in: _____. **Psicologia Social e Saúde: Prática Saberes e Sentidos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003, pp. 87- 121. Disponível em <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad10/Fundap10/REGULAMENTACAODASPROFISSOESDES AUDE.pdf>> Acesso em 12/04/2011.

SUVOW, S. **History of acupuncture in China**, 1998. <Disponível em <http://www.acupuncturecare.com/acupunct.htm>> Acesso em 02/02/2011.

TAVARES, F. R. G. O “holismo terapêutico” no âmbito do Movimento Nova Era no Rio de Janeiro. In: **A Nova Era no Mercosul**. Maria Julia Carozzi (org.) Petrópolis: Vozes, 1999.

VALLÉE, E. R. LARRE, C. **Os Movimentos do Coração: psicologia dos chineses**. São Paulo: Cultrix, 2007.

WEBER, M. **Economy and Society**, vol. 1. New York: Oxford University Press, 1968.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture**. 1999. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EDM_TRM_99.1.pdf> Acesso em 13/12/2010.

_____ **Tradicional Medicine Strategy: 2002-2005**. Genebra: WHO, 2002. Disponível em: <http://www.whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_edm_trm_2002.1.pdf> Acesso em: 7/09/2008

YAMAMURA, Y. **Acupuntura Tradicional**. A Arte de Inserir. São Paulo: Roca, 1995.

YANG, A. A Cultura do Chá no Brasil. In: **China em Estudo**. Ano 2, No. 2, 41-47, 1995.

ANEXO A

PROGRAMA DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS

ESCOLA 1 – CURSO LIVRE: Fundamentos da MTC (Filosofia, Fisiologia e Etiopatogenia). Semiologia, Propedêutica e Diagnóstico da MTC. Tratamentos através da Acupuntura. Tratamentos através da Auriculoterapia da Escola Huang Li Chun. Ambulatório de Auriculoterapia e acupuntura. Anatomia. Fisiologia. Psicologia. Higiene e Saúde. Ética. Introdução à Metodologia Científica.

ESCOLA 2 – CURSO LIVRE (Ex-Técnico): Fundamentos da MTC, Auriculoterapia, Craniopuntura (Apresentação do Curso e Bases Filosóficas da MTC - Tao e In / Iang; Substâncias Fundamentais e Circulação Energética; 5 Elementos I - Noções Gerais. Oito Critérios Diagnósticos; Zang-Fu; Auriculoterapia Oriental e Manipulação das Agulhas Auriculares. Etiopatogenia; Pontos Auriculares Franceses; Obesidade, Tabagismo; Teste Neuromuscular. Interrogatório; Auriculoterapia Francesa; Inspeção e Língua. Palpação e Pulsologia Radial; Reflexo Auriculocárdaco; Manipulação das Agulhas Longas. YNSA e Craniopuntura Chinesa; Discussão de Casos Clínicos; Síndromes Energéticas). **Pontos e Aplicações, Diagnósticos Energéticos:** Localização dos Pontos Su Antigos; 5 Elementos II (Regra Mãe-Filho, Ciclo Ko, Pontos de Tonificação e de Sedação); Pontos Fonte, Canal Unitário. Pontos de Assentimento, Vaso Governador; Pontos de Alarme (Localização, Diagnóstico e Monitoração) e Vaso Conceção - Método Shu-Mo; Ryodoraku. 5 Elementos III (Técnica dos 4 Pontos); Vasos Maravilhosos; Akabane e EAV. Métodos de Seleção dos Pontos; Pontos Lo. Moxabustão, Ventosa, Guasha e Sangria; Pontos Xi, Pontos da Cabeça e do Pescoço, e Extras. Cinesiologia Aplicada e O-Ring Test. **Tratamentos e Técnicas para Aparelho Locomotor (Acupuntura Tradicional, Constitucional e Fitoterapia):** Acupuntura Constitucional Coreana. Eletroestimulação e Analgesia; Dores Periféricas (Síndromes Bi, LER). Ações Energéticas dos Pontos; Farmacoterapia Oriental (4 Qi, 5 sabores, 4 direções). Fitoterapia Ocidental; Nutrologia. Farmacoterapia (18 classes, Fármacos importantes); Fórmulas Magistras. Magnetoterapia e outros Estímulos; Coluna Vertebral (Lombociatalgia, Cervicobraquialgia). **Cronobiologia, Constitucional, Tratamentos e Técnicas em Clínica Geral:** Quiropuntura; Clínica Geral (Hipertensão, Cefaléia, Sinusite etc.) Distúrbios Psicossomáticos e Gastroenterologia; Ginecologia e Obstetrícia. Métodos Cronobiológicos: Lin Gui Ba Fa (Tartaruga Mística) e Zi Wu Liu Zhu; Pediatria. Constituições e Temperamentos de Requena, e Oligoterapia Catalítica; 5 Elementos IV (transferência, estações, horários etc.). Radiestesia; Colorpuntura, Manaka. Odontologia; Veterinária; Laserterapia. Acupuntura Chinesa; Shang Han Lun e Ling Shu. Astrologia Chinesa; I Ching. Acupuntura Abdominal, Punho-Tornozelo. Acupuntura Japonesa. Acupuntura Esportiva. Acutone. RMA; Àtan; Kinesiotape. Monografias e Pesquisas. Ambulatório.

ESCOLA 3 - CURSO LIVRE (Ex-Técnico): Teoria de Acupuntura e Moxibustão. Literatura da Acupuntura Chinesa. Anatomia dos Meridianos. Pontos. Tratamentos. Recursos Complementares. Sinopse da Medicina Oriental. Patologia. Anatomia e Fisiologia Humana. Anatomia Topográfica. Higiene e Saúde. Psicologia e Ética. Estágio supervisionado.

ESCOLA 4 – CURSO LIVRE: Bases da MTC - Características gerais dos Cinco reinos mutantes: Ciclo de geração (Shen); Controle ou dominância (Ko); Conceitos de Mãe, Filha, Neta e Avó; Tonificação, dispersão, movimento, regulação e Identificação; Ressonadores shu antigos. Punção dinâmica e estática; Ressonadores Shu das costas; Ressonadores Mo; Estudo Ideográfico dos Zang , Fu, 5 Reinos Mutantes; Jing Luo Mai; Shu antigos, Xi, Lo e Yuan. Reinos mutantes. Estudo particular das vias de San Jiao e Xin Bao. O Octograma de Fushi. Estudo dos canais extraordinários. Qi / Xue (Sangue e Energia). Canais Unitários e as Energias Celestes (Tian Qi). **Técnicas de Tratamento e Micro Sistemas:** Acupuntura, Moxabustão, Massagem, Sangrias, Ventosas, Martelo de Sete Pontas. Micro Sistemas: Célula, Aurícula Terapía, Crânio

Terapia, Quiro Terapia, Podo Terapia (Reflexologia). **Elementos Diagnósticos segundo a MTC:** As Oito Regras, A atitude corporal como expressão do Shen, A cor da tez, Os Olhos, A Língua, O Pulso. Exame segundo MTC. Perguntas relativas às atividades energéticas de cada movimento. A interpretação. Como fazê-la corretamente? O conhecer. As oito regras de tratamento (Sudação, Vômitório, Purgativo, Calorificação, Purificação, Tonificação, Dispersão, Regulação). Entrevista (História Clínica).

ESCOLA 5 – CURSO LIVRE: Teoria Taoísta. Energia Vital (Qi), Yin e Yang. Os Cinco Elementos e os ciclos de Geração e Dominação. Os 12 Meridianos e Pontos de Manipulação Energética. Circulação da Energia Pelo corpo. Grande e Pequena Circulação de Energia. Fisiologia Energética e os Órgãos Vitais (Zang Fu). As oito síndromes e os agentes perversos. Diagnóstico Energético segundo os 5 elementos. Ciclos de energia e 3 aquecedores. Exames da língua e Pulsologia Chinesa. Discussão de casos clínicos. Métodos de aplicação das agulhas. Tratamento segundo técnicas dos mares de energia e pontos shu tradicionais. Moxaterapia, Fitoterapia Brasileira e Chinesa (básico). Colorpuntura, Magnetoterapia, Acupuntura Coreana da Mão. Ventosaterapia. Aurículo acupuntura Chinesa. Acupuntura facial e acupuntura estética. Ryodoraku. GuaShá. Anatomia e Fisiologia Ocidental. Estudo em ambulatório clínico (prática entre alunos).

ESCOLA 6 – CURSO LIVRE: História, teoria e bases fundamentais da MTC. Método eficaz de localização de pontos conforme transmissão da Linhagem Agulha de Ouro. Etiologia e patologia da MTC. Técnicas avançadas de Acupuntura no tratamento de diversas doenças como artralgias, doenças masculinas e femininas, estética, parar de fumar, emagrecimento entre outros. Técnicas secretas de tonificação e sedação. Moxabustão básica e avançada. Métodos preciosos de controle de subida e descida da energia. Métodos de eliminação das energias negativas do terapeuta e paciente. Outras técnicas utilizadas na MTC (Kwa Sa, Ventosa, agulha cutânea e intradérmica, eletroacupuntura, auriculoterapia, agulha de Fogo, crânioacupuntura, agulha de mão e pé, entre outros). Técnica de manipulação da Arte Antiga da MTC. Tratamento com uso da alimentação e fitoterápicos. Técnica de tratamento para varizes. Anatomia geral e palpatória. Ambulatório com atendimento à população supervisionado. Experiências do Mestre em vários tratamentos. Vários segredos da Linhagem Agulha de Ouro.

ESCOLA 7 – CURSO TÉCNICO: Filosofia, História e Teoria das Terapias Orientais; Anatomia Humana; Fitoterapia Oriental ;Fisiologia Geral; Anatomia dos Pontos, Canais e Colaterais; Patologia Geral e de Órgãos e Sistemas; Cinesiologia; Biofísica; Psicologia Aplicada em Acupuntura; Ética, Legislação e Deontologia; Fisiologia e Energética Humana; Radiologia; Primeiros Socorros; Etiopatogenia e Fisiopatologia em Acupuntura; Semiologia em Acupuntura; Recursos Terapêuticos Complementares da Acupuntura; Acupuntura aplicada às patologias; Técnicas Terapêuticas da Acupuntura; Prática Ambulatorial; Estágio Supervisionado.

ESCOLA 8 – CURSO TÉCNICO: Anatomia Humana; Embriologia; Etiopatogenia; Filosofia, História e Teoria das Terapias Orientais; Fisiologia Energética Humana; Fisiologia Geral; Fisiopatologia Energética; Neuroanatomia; Neurofisiologia; Psicologia Aplicada; Anatomia dos Canais Colaterais; Biofísica; Esterilização e Biossegurança Oriental; Ética e Deontologia; Patologia Geral; Radiologia; Semiologia das Terapias Orientais; Fitoterapia e Dietética Chinesa; Fitoterapia com Ervas Brasileiras; Acupuntura Aplicada às Patologias (Gástricas, Intestinais, Respiratórias, Cardíacas, Neurológicas, Nefrológicas, Ginecológicas, Andrológicas, Reumatológicas, Ortopédicas, Pediátricas, Geriátricas, Psiquiátricas, Otorrinolaringológicas, Psicológicas, Oftalmológicas e Infeciosas); Recursos Complementares da Acupuntura (Sequencia de Shiatsu, Quiroprática, Primeiros socorros em Shiatsu, Microsistemas da mão, pé, rosto, nariz e olhos, Magnetoterapia, Akabani, Moxabustão, ventosa, martelo de 7 pontas, Auriculoterapia Chinesa e Francesa, Colorpuntura, Laserpuntura, Eletroacupuntura,

Eletroacupuntura de Voll, Craniopuntura, Tipos Constitucionais, Ion Pumping, Cronobiologia Chinesa); Técnicas Terapêuticas em Acupuntura.

ESCOLA 9 – MISTA (Pós-Graduação e Livre): Fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa; Diagnóstico da Medicina Tradicional Chinesa; Canais e Colaterais e pontos de acupuntura; Técnicas de inserção e manipulação de agulhas; Técnicas de tratamento; Introdução ao idioma chinês; Instrumentos e recursos auxiliares (Moxabustão; Ventosa; Laserpuntura; Eletroacupuntura; Gua Sha; Magnetoterapia; Agulhas intradérmicas; Sangria); Microssistemas da acupuntura (Acupuntura Auricular Chinesa; Acupuntura Craniana Chinesa e Japonesa; Koryo Sooji Chim – Acupuntura Coreana nas Mãos; Acupuntura do 2º Metacarpo; Acupuntura do Punho-Tornozelo) Acupuntura Constitucional; Acupuntura aplicada à patologias; Noções básicas dos Ramos da Medicina Tradicional Chinesa (Fitoterapia Tradicional Chinesa; Artes Corporais Chinesas – Qi Gong; Massoterapia Tradicional Chinesa – Tui Na); Psicologia aplicada; Ciências Ocidentais – revisão de anatomia e fisiologia; Deontologia, Administração e Legislação. Metodologia científica e da pesquisa; Metodologia do ensino Superior; Prática ambulatorial; Monografia. **Curso Avançado de Tratamentos de Patologias através da Acupuntura:** Neurologia, Reumatologia, Dermatologia, Cardio-pneumologia, Ginecologia e Obstetrícia, Gastroenterologia, Pediatria, Endocrinologia/Emergência.

ESCOLA 10 – PÓS-GRADUAÇÃO: Fundamentos da Acupuntura; Epistemologia da Acupuntura; Sinologia aplicada a clínica da acupuntura; Meridianos e pontos de acupuntura; Troncos celestes e ramos terrestres; Pontos abertos; Psicologia na medicina chinesa; Energias celestes e terrestres; Os quatro mares; Diagnóstico em medicina chinesa (Síndromes de excesso e insuficiência da energia e do sangue, dos meridianos principais e dos grandes meridianos). Pulsologia; Tipologia em acupuntura; Interrogatório; Casos Clínicos; Acupuntura e I-Ching (método da tartaruga sagrada). Estruturas da Acupuntura; Acupuntura nas especialidades. Terapêutica Acupuntural; Microssistemas: Auriculoterapia, Língua, Mão, Olho, Íris, Pé, Face, Olhos, Dentes, Nariz. Noções de fitoterapia tradicional chinesa; dietética tradicional chinesa. Laser, Eletroacupuntura. Prática Clínica Continuada; História da Acupuntura; Monografia; Acupuntura e Homeopatia; Acupuntura Vegetal. Acupuntura em estética facial. Acupuntura Telúrica.

ESCOLA 11 - PÓS GRADUAÇÃO ABERTA (+ Ex-Técnico): Fundamentos Da Medicina Tradicional Chinesa (Bases filosóficas, Substâncias Fundamentais, Zang-Fu, Etiopatogenia; Oito Critérios de Diagnósticos em Acupuntura, Quatro Métodos Diagnósticos em MTC). **Fisiopatologia Energética e Terapêutica em Acupuntura** (Síndromes Energéticas (S.E.) das Substâncias Fundamentais, dos Zang Fu, dos Seis Grandes Níveis de Energia, das Quatro Camadas e dos Três Aquecedores). **Técnicas Profissionais de Acupuntura Sistêmica** (Meridianos Principais, Vasos Maravilhosos, Colaterais Luo, Tendino-musculares, Divergentes ou Distintos. Pontos. Métodos Local-Distante, Shu-Mo, Cinco Elementos, Cabeça e Pescoço. Craniopuntura . Pulsologia Carotídea e Radial. Acupuntura aplicada ao paciente pediátrico e Doenças Terminais. Moxaterapia, ventosaterapia e sangria. Dietoterapia e Farmacologia da Medicina Tradicional Chinesa. Teste neuro-muscular bioenergético. Equipamentos, instrumentos, utensílios e materiais de consumo; Técnicas de limpeza e desinfecção. Ética Profissional. **Técnicas de Estimulação Complementares:** Aurículo-acupuntura, Quiro-acupuntura, Eletroacupuntura, Magnetoterapia, Analgesia por Acupuntura. Metodologia da Pesquisa Científica. Deontologia, ética e legislação. Estágio Prático Supervisionado.

ESCOLA 12 - PÓS GRADUAÇÃO ABERTA: Teorias de Base; Etiopatogenia e Fisiopatologia; Anatomia de Canais e Colaterais; Fisiologia Energética; Métodos e Técnicas de Avaliação; Acupuntura Clássica; Técnicas Associadas; Metodologia Científica; Acupuntura Aplicada às Patologias; Psicologia.

ESCOLA 13 – MISTA (Pós-Graduação e Técnico): História e Filosofia da Medicina Chinesa; A Cartografia da Teia de Canais de Circulação de Energia; Os Oito Vasos Maravilhosos (Qi Jin Ba Mai); Fisiologia e Fisiopatologia Energética; Os Três Tesouros e as Substâncias Vitais; Fisiologia do Sistema Zang Fu; Teoria e prática da Massagem Shiatsu; Os Pontos e suas funções; Avaliação Energética; Técnica de inserção e manipulação das agulha; Procedimentos terapêuticos e tratamentos; Exercícios Taoístas para a saúde; Metodologia de pesquisa e Monografia; Estágio Ambulatorial Supervisionado.

ESCOLA 14 – MISTA (Pós-Graduação e Técnico): Teorias de Base da Medicina Chinesa; Fisiologia Energética; História e Filosofia Oriental; Estudo de Canais I e II; Estudo de Pontos; Higienização e Esterilização; Etiopatogenia; Semiologia e Propedêutica da M.T.C.; Fisiopatologia em M.T.C.; Técnicas de Acupuntura I, II e III; Bases Científicas, Limitações e Prevenção de Acidentes; Acupuntura Aplicada às Patologias; Estudos de Casos Clínicos; Ética e Legislação; Pedagogia Universitária; Metodologia do Trabalho Científico; Prática Ambulatorial. Disciplinas Extras do Curso Técnico: Anatomia Humana, Fisiologia Geral, Embriologia, Neuroanatomia, Neurofisiologia, Patologia Geral (Noções), Biofísica, Noções de Radiologia.

ESCOLA 15 – MISTA (Pós-Graduação e Técnico): Filosofia e história da MC; Teoria de Base da MC ;Teoria dos Zang Fu; Fisiologia Energética ; Etiopatogenia; 4 tempos do Diagnostico; Fisiopatologia da MTC (Ba Gang e substâncias, Zang Fu, 6 Níveis, 4 Camadas e TA); Estudo de Pontos; Técnicas de Acupuntura; Biossegurança em Acupuntura; Estratégia de Tratamento; Acupuntura Aplicada a Patologias (Nei Ke, Fu Ke, Er Ke, Wai Ke, Yan Ke, Er Bi Hou Ke, Ya Ke); Estudo de Casos Clínicos; Prática Ambulatorial (Observação e Avaliação, Puntura, Diagnostico, Complementar). **Disciplinas Extras da Pós Graduação (oferecidas à Distancia):** Metodologia do Trabalho Científico, Pedagogia Universitária, Introdução ao Empreendedorismo. **Disciplinas Extras do Curso Técnico:** Anatomia Humana, Fisiologia Geral, Embriologia, Neuroanatomia, Neurofisiologia, Patologia Geral (Noções), Biofísica, Noções de Radiologia.

ESCOLA 16 – ESPECIALIZAÇÃO PROFISSIONAL EXCLUSIVA PARA MÊDICOS. Não disponibilizou programa.

ESCOLA 17 – ESPECIALIZAÇÃO PROFISSIONAL EXCLUSIVA PARA MÊDICOS. Adota o programa do Colégio Médico de Acupuntura – Anexo D

ESCOLA 18 - ESPECIALIZAÇÃO PROFISSIONAL EXCLUSIVA PARA MÊDICOS: Introdução geral à Acupuntura. História da Acupuntura. Teoria de Yin e Yang. Cinco elementos. Equilíbrio de Yin – Yang no corpo. Conceito de fisiologia normal de Qi, Xue, órgão Zang Fu. Mecanismo de Ações de Acupuntura em processo de Analgesia e Antiinflamatória. Bases práticas de tratamento em Acupuntura. Noções sobre manuseio e descarte de material perfuro cortantes. Conceito de Cada Zang Fu: órgãos, meridianos e ramificações. Conceito de pontos e meridianos. Meridianos extras, rede e ramificações. Aplicações clínicas. Mecanismo de Ações de Acupuntura em transtornos de humor. Materiais e instrumentos utilizados na Acupuntura. Técnicas básicas da Acupuntura. Esterilização e cuidados com os pacientes. Os fundamentos Neurológicos da Acupuntura e o mecanismo da dor. Fisiopatologia de Yin Yang e de 5 elementos. Conceito de Du Mai, Ren Mai e Extras, meridianos e ramificações. Etiopatogenia e o equilíbrio da MTC. Patologias Ortopédicas. Moxibustão, Ventosa, Agulhas Intradérmicas, Infiltração e Sangria. Pontos Extras. Fisiopatologia de Qi, Xue e Líquidos. Fisiopatologia de Zang Fu. Propedêutica da MTC I. Métodos de manipulação de agulhamento. Auriculoacupuntura. Acupuntura na Estética. Diagnóstico de acordo com Oito Princípios. Pontos específicos, classificação, tonificação, sedação e induções clínicas. Diagnóstico Analítico de Qi, Xue e Líquidos Corpóreos. Acupuntura Escalpeana. Diagnóstico Analítico de cada Zang Fu. Acupuntura em Urgências Médicas. Patologias dos órgãos dos sentidos. Patologias Neurológicas, Ginecologia e Obstétrica, Urogenitais, Gastrintestinais, Psicossomáticas,

Dermatológicas, Pediátricas, Cardio-respiratórias, Geriátricas, Endocrinológicas. Diagnóstico Analítico de Síndromes Mistas.

ESCOLA 19 – ESPECIALIZAÇÃO PROFISSIONAL EXCLUSIVA PARA MÊDICOS: O que é acupuntura? O que são meridianos? O que são pontos de acupuntura? Trajeto interno e externo e pontos dos meridianos e fisiologia de cada Zang Fu. Meridiano Vaso Governador e Vaso Conceção - formação da energia Rong e Jing. Os Jing material (as estruturas anatômicas) e imaterial (as emoções). Meridianos yuan luo - formação da energia wei, do sangue e do líquido orgânico. Meridiano Tendino Muscular - Processo de Adoecimento. A Energia Perversa. O Clima e a Alimentação. Meridianos Distintos e Curiosos. Diagnóstico da língua, inspeção, tez, audição e olfação. Diagnóstico do pulso e interrogatório. Lombalgias. Doenças do frio e doenças do calor. Síndromes dos líquidos orgânicos edemas e gonalgias (joelho). Afluxo – Doenças que tem como causas pés e mãos frias ou quentes. Oito princípios e regras terapêuticas. Afluxo – doenças dos meridianos e síndromes de cada Zang Fu. Doenças de cada sistema.

ESCOLA 20 – PÓS-GRADUAÇÃO EXCLUSIVA PARA MÊDICOS: Introdução ao curso; História da Acupuntura e Perspectivas Atuais; História e Evolução da MTC; Teoria e Aplicação do Yin-Yang e 5 elementos; Neurofisiologia da dor e bases Neuroquímicas da analgesia pela Acupuntura; Conceito de Pontos e Meridianos; Medidas proporcionais e situações de emergência; Meridiano do Pulmão e do Intestino Grosso; Técnicas de inserção e manipulação de agulhas; Cuidados num ambulatório de Acupuntura; Meridiano do Estômago e Baço-Pâncreas; Meridiano do Coração e Intestino Delgado; Meridiano da Bexiga e Rim; Meridiano da Vesícula Biliar e Fígado; Meridiano do Pericárdio e Sanjiao; Meridianos Extra-ordinários (Du-mai/Ren-mai); Extra-points da OMS; Outros Extra-points; “The Golden Points”; Pontos HP; Semiologia e diagnóstico das principais patologias músculo-esqueléticas; Disfunções temporomandibulares e crânio-faciais; Introdução a MTC –princípios básicos; Conceito de Qi, Sangue e Líquidos Orgânicos; Conceitos de Zang Fu; Etiopatogenia pela MTC; 4 métodos diagnóstico pela MTC; Diagnóstico pela MTC de acordo com os 8 princípios; Síndromes do Fei e Da Chang/ Síndromes do Xin e Xiao Chang; Sistema Córdio-Respiratório pela MTC; Síndromes do Pi e Wei; Síndrome do Gan; Sistema Dermatológico pela MTC; Gineco-Obstetrícia pela MTC; Síndromes do Shen e Pang Guang; Depressão e Ansiedade pela MTC e Processo de Envelhecimento; Sistema Neurológico pela MTC; Sistema Genito-urinário pela MTC; Pontos Especiais; Neuroanatomia aplicada à Acupuntura Escalpeana, Técnicas de Acupuntura Escalpeana; Acupuntura Escalpeana de Wen; Áreas Complementares; Pontos HP; MTC: Teoria dos Cinco Elementos; MTC: Yin-Yang; Substâncias Fundamentais; MTC: 4 métodos diagnósticos; MTC: 8 princípios; Causas de doenças, Discussão de Casos Clínicos; Etiopatogenia; Auriculoterapia; MTC: Pulmão e Intestino Grosso; Baço-Pâncreas e Estômago; Mecanismos de Ação da Acupuntura; Coração e Intestino Delgado; Fígado e Vesícula Biliar; Pericárdio e Sanjiao; Metodologia Científica e Deontologia; Rim e Bexiga; Meridianos Extraordinários e Meridianos Secundários; Pontos Específicos; Moxabustão e Ventosa; Bloqueio Paraespinhoso; Técnica Punho Tornozelo; Técnicas de Inativação dos Pontos Gatilho; Conceitos de uma dieta saudável pela Dietoterapia Chinesa e Nutrologia Ocidental; Fitoterapia Chinesa.

ESCOLA 21 – PÓS-GRADUAÇÃO EXCLUSIVA PARA MÊDICOS. Não disponibilizou programa.

ESCOLA 22 – PÓS-GRADUAÇÃO EXCLUSIVA PARA MÊDICOS. Adota o programa do Colégio Médico de Acupuntura – Anexo D.

ANEXO B**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1 – Para categorização:

- a) Perfil do coordenador: Idade, onde aprendeu acupuntura e o que despertou seu interesse por ela, sua formação anterior.
- b) Classifique o curso desta instituição quanto à titulação que oferece: (curso livre, curso técnico, especialização. Se especialização, é aberta para qualquer graduação ou exclusiva? Se exclusiva, para quem? O título é validado por IES ou por conselho profissional?)
- c) São necessários conhecimentos prévios do aluno para cursar acupuntura nesta instituição? Quais?

2 – Sobre o programa: Com relação à estrutura do curso desta instituição

- d) Como está organizado o programa
- e) Descreva em linhas gerais os conteúdos abordados no curso. (Questionar sobre morfologia e/ou outras disciplinas específicas que estejam obscuras. Sanar dúvidas sobre o tempo dedicado a cada uma delas)
- f) Qual o papel das práticas e de que maneira estão organizadas.
- g) Quais os três livros mais importantes recomendados pela instituição.

3 – Significação

- h) O que você entende por acupuntura?
- i) A acupuntura é eficaz para tratar o que?
- j) A acupuntura não é eficaz para tratar o que?
- k) Em relação ao itinerário terapêutico:
 - 1. Qual o melhor momento para se procurar a acupuntura?
 - 2. Qual a relação do tratamento por acupuntura com os tratamentos convencionais?
 - 3. É necessário encaminhamento médico para atender um paciente com acupuntura?
- l) Fale sobre o diagnóstico (como deve ser para possibilitar um tratamento correto por acupuntura?)
- m) Fale sobre a relação entre o acupunturista e o paciente.
- n) Qual o papel do paciente no tratamento?

- o) Na sua concepção, o que é doença?
- p) Como você classifica a acupuntura ensinada nesta instituição?
- q) Você acha que existem diferenças entre a Acupuntura Médica e a Acupuntura Tradicional? Caso sim, que diferenças seriam estas e como eles se refletem na prática dos profissionais ligados a estas linhas.

4 – Exercício

- r) Quem pode exercer a acupuntura hoje no Brasil?
- s) No caso de aprovação de uma legislação regulamentando o exercício profissional, na sua opinião, qual deveria ser a formação exigida para exercê-la? Porque?

5 – Indique outras 3 instituições que considera representativas da acupuntura no Brasil (em ordem de importância)

ANEXO C**CURRÍCULO MÍNIMO DE ACUPUNTURA E SHIATSUTERAPIA****COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO E NORMAS - CÂMARA DE ENSINO SUPLETIVO****ANEXO À DELIBERAÇÃO CEE Nº 218/96****A - DISCIPLINAS DO TRONCO COMUM****I TOTAL HORA / AULA POR DISCIPLINA**

Filosofia, História e Teoria das Terapias Orientais	30
Anatomia Humana	30
Fisiologia Geral	30
Anatomia dos Canais e Colaterais	60
Fisiologia e Energética Humana	30
<i>Subtotal</i>	<i>180h</i>

II

Etiopatogenia e Fisiopatologia Energética	30
Semiologia das Terapias Orientais	45
Noções de Radiologia	15
Psicologia Aplicada às Terapias Orientais	15
<i>Subtotal</i>	<i>105h</i>

C - DISCIPLINAS ESPECÍFICAS DE ACUPUNTURA I

Embriologia	30
Neuroanatomia	30
Neurofisiologia	30
Patologia Geral (noções)	45
Biofísica (noções)	15
Ética e Deontologia	15
Esterilização	15
Recursos Complementares de Acupuntura	30
Fitoterapia Oriental (noções)	30
<i>Subtotal</i>	<i>240h</i>

D - DISCIPLINAS ESPECÍFICAS DE ACUPUNTURA II

Acupuntura Aplicada às Patologias	60
Técnicas Terapêuticas em Acupuntura	75
<i>Subtotal</i>	<i>135h</i>

E - DISCIPLINAS ESPECÍFICAS DE ACUPUNTURA III

Prática Ambulatorial	360
Estágio Supervisionado	755
<i>Subtotal</i>	<i>1.115h</i>

Curso de Acupuntura: Total de 1.775h
 Total Geral: 2.000h

ANEXO D

PROGRAMA DA ESPECIALIZAÇÃO DO COLÉGIO MÉDICO DE ACUPUNTURA – CMA

MÓDULO I

Abertura do Curso; Normas dos Cursos de Especialização do CMA; Apresentação dos alunos; Aula expositiva com resumo do conteúdo programático; Evidências das bases científicas da acupuntura; Apresentação prática.

Objetivos: Definir as normas e critérios dos cursos de Especialização do CMA para a nova turma; Estimular o relacionamento alunos-instituição através do posicionamento individual dos alunos acerca das suas expectativas em relação a Acupuntura e ao Curso; Estabelecer noção geral sobre o conteúdo programático no sentido de que o aluno adquira um posicionamento definido acerca dos temas que serão abordados durante o curso; Evidenciar acupuntura como método de reconhecida validade científica.

MÓDULO II

Panorama Histórico: Racionalidades médicas; A Acupuntura no contexto da civilização chinesa; A linguagem da Medicina Chinesa; Acupuntura no ocidente; A Acupuntura no Brasil. **Bases Filosóficas: Yin – Yang:** (Yin/Yang Crescimento e Decrescimento; Reciprocidade; Oposição; Interdependência. Na estrutura do corpo, na fisiologia, na fisiopatologia, no diagnóstico, na terapêutica. Uso prático da teoria. Exemplificar com casos clínicos). **A Teoria dos Cinco Movimentos:** (Os ciclos da natureza e os cinco movimentos Os cinco Movimentos e o Homem As relações de dominância, geração, contra-dominância e dominação excessiva Aplicação prática da teoria na clínica diária. Exemplificar com casos clínicos).

Objetivos: Estabelecer com clareza a questão da racionalidade que envolve a Medicina Tradicional Chinesa, a sua utilidade prática nos dias de hoje e a posição do CMA a respeito; Traçar o panorama histórico da Acupuntura e a sua situação atual no Brasil e no mundo; Fazer com que os alunos entendam os aspectos filosóficos em que esta alicerçada a Medicina Chinesa, sua importância e aplicabilidade praticam.

MODULO III - Os mecanismos neurofisiológicos da acupuntura I

Estruturas nervosas envolvidas no efeito da acupuntura; Os receptores periféricos; As fibras A delta e C; As grandes vias aferentes; Corno posterior da medula- substância gelatinosa; O portão da dor; A importância do tálamo como centro modulador da sensação dolorosa; Os níveis nervosos de controle da dor; A formação reticular; Dor, sono vigília e emoção; Os núcleos da substância reticular do mesencéfalo na modulação da dor; A influência do sistema límbico Mediadores e neuromediadores envolvidos Hipotalamo-hipofise- dor, emoção e analgesia; O sistema nervoso autônomo Fisiologia da sensação dolorosa; O sistema inibitório descendente da dor; A importância dos derma tomos no diagnóstico e tratamento por acupuntura;

Objetivos: Deixar claro os mecanismos analgésicos da acupuntura especificando a participação das várias estruturas envolvidas.

MODULO IV - Os mecanismos neurofisiológicos da acupuntura II

Fisiopatologia da sensação dolorosa; Os pontos de acupuntura: características gerais, anatomia, atividade elétrica, relações com a inervação periférica; O efeito segmentar e supra segmentar da acupuntura; As vias serotoninérgicas e noradrenergicas; Mecanismos da ação analgésica, anti-inflamatória e imunomoduladora; A atuação a nível de órgãos e sistemas orgânicos; O Sistema nervoso autônomo e o efeito da acupuntura. O estado da atual das evidências científicas: metodologia, as metanálises e perspectivas futuras. Meridianos e pontos de acupuntura-evidências e pesquisas

Objetivos: Aprofundar o conhecimento acerca dos mecanismos de ação da acupuntura, com ênfase nas ações anti-inflamatória, imunomoduladora e de regulação interna.

MODULO V - Os mecanismos neurofisiológicos da acupuntura III.

As células do sistema nervoso Atividade elétrica da membrana do neurônio: Os potenciais de repouso, de ação, o impulso nervoso, condução nervosa. Transmissão da informação nervosa. As mensagens químicas: a estrutura das sinapses, etapas da neurotransmissão, mensagem excitatória e inibitória. Os vários tipos de neurotransmissores. Os receptores de membrana: AMPA E NMDA. Sistemas neurotransmissores: do sistema motor esquelético, autônomo e SNC. A transmissão nervosa e ação de drogas usadas no tratamento da dor.

Objetivos: Aprofundar o conhecimento acerca da dinâmica da transmissão nervosa.

MODULO VI

Fisiologia: As Substancias fundamentais: O Qi, Xue (Sangue), Jing (Essência) Shen (Consciência); Jin ye (Líquidos Orgânicos). Relações entre Qi e Xue. Relações entre Qi e Jin Ye. Relações entre Xue e Jin Ye. Relações entre Qi e Xue. **Zang Fu:** Shen (Rins) e Pang Guang (Bexiga); Pi (Baco) e Wei (Estomago); Gan (Fígado) e Dan (Vesícula Biliar); Xin (Coração) e Xiao Chang (Intestino Delgado); Fei (Pulmão) e da Chang (Intestino Grosso); Xin Bao (Pericárdio) e San Jiao (Triplo Aquecedor); **Inter - relações entre Zang e Fu:** Relações entre os Zang; Relações entre os Fu; Relações entre os Zang e os Fu; As Vísceras de comportamento particular: Cérebro; Vasos; Ossos; Útero.

Objetivos: Levar ao entendimento do aluno os aspectos relacionados à fisiologia segundo os critérios próprios da MTC; Caracterizar o conceito de órgão e víscera segundo a MTC, suas funções e a importância no diagnóstico e tratamento.

MODULO VII

Teoria Geral dos Meridianos e Pontos de Acupuntura: O conceito de meridiano. O conceito de ponto de Acupuntura. O sistema de organização do conjunto de meridianos. Classificação geral e funções. Os Principais, tendino-musculares, extraordinários, divergentes e vasos Luo. Fluxo de Qi nos meridianos. A relação entre meridianos e o sistema nervoso periférico. **Meridianos Principais:** Classificação geral e funções. A grande circulação do Qi. As principais ligações. O fluxo do Qi, horários. Características gerais dos 12 principais; localizações; trajetos e ligações. Os Seis grandes meridianos: Tai Yang; Shao Yang, Yang Ming; Tai Yin; Jue Yin, Chao Yin. **Meridianos Tendino Musculares:** Numero e características principais. Trajetos e distribuição As principais zonas de influencia. Relações com os principais. Funções. **Meridianos Divergentes:** Numero, funções e características. Relações com os principais. Distribuição pelo corpo. **Meridianos Extraordinários:** Trajetos e relações principais Características gerais - A organização em pares Os Pontos de União, os pontos mestres Os 8 Meridianos Extraordinários: Chong Mai; Dai Mai; Yin Wei; Yang Wei; Ren Mai; Du Mai; Yin Qiao; Yang Qiao. **Ren Mai e Du Mai:** Trajetos Relações com órgãos internos e outros meridianos Os Pontos principais A pequena circulação do Qi As ligações principais. **Os Pontos de Acupuntura:** Definição de ponto de Acupuntura. Características gerais. Os vários tipos de pontos de acupuntura de acordo com suas funções. Pontos Shu Antigos: Jing (Nascente), Ying (manancial), Shu (riacho) Jing (Rio), Ho (Mar), Yuan, Fonte, Luo, Conexão, Shu Dorsais, Mu Ventrais, Acumulo - Xi. Pontos de Influencia. Pontos Extra. Ah Shi. Os Pontos de Acupuntura e a inervação periférica. **Etiologia: Classificação dos Fatores Patogênicos:** Fatores externos Fatores internos Fatores nem internos nem externos. **Os Fatores Externos:** Vento Frio Calor Secura Umidade Fogo. **Os Fatores Internos:** Alegria, tristeza, preocupação, ira-cólera, medo, pânico Relações dos sete sentimentos com os Zang Fu Sintomas decorrentes dos excessos dos 7 sentimentos. **Fatores nem internos nem externos:** Alimentação. Constituição. Atividades laborativas. Atividade física. Atividade sexual. Vida em sociedade – relacionamentos. Traumatismos, parasitoses, infecções - Conceitos antigos e atuais Iatrogênicas. **Patogenia: Fatores patogênicos x Fatores defensivos:** A superação dos fatores defensivos - O surgimento das desarmonias. A sintomatologia. Aparecimento das modificações patológicas. Fisiopatologia de Qi, Xue (sangue) Jin Ye (líquidos orgânicos). As produções patológicas: Fleuma.

Objetivos: Definir meridiano e ponto de acupuntura; Caracterizar os vários tipos de meridianos, suas funções e o sistema de organização dos mesmos; Mostrar a importância dos meridianos no diagnóstico e tratamento das disfunções internas e externas; Estabelecer a relação entre os

meridianos e o sistema nervoso periférico; Levar ao entendimento do aluno o conceito de saúde-doença segundo a MTC; Fazer com que seja entendido de forma clara o processo de adoecimento, os fatores etiológicos e o surgimento das modificações patológicas sob a ótica da Medicina Chinesa.

PRIMEIRO SEMINARIO DE REVISAO

MODULO VIII

PRIMEIRA PROVA DE AVALIACAO

Semiologia I: 8- Os 4 exames: Inspeção, Ausculta, Interrogatório, Palpação; **Inspeção Geral:** Morfologia, Postura, Atividade, Movimento. **Inspeção Segmentar: Face:** Cor, Expressão, Tiques. **Interrogatório:** 1. Sobre o Frio / Calor 2. Sobre a transpiração 3. Sobre cabeça e corpo (ou as Dores) 4. Sobre as excreções (fezes e urina) 5. Sobre o apetite e paladar 6. Sobre tórax e abdômen 7. Sobre os ouvidos e olhos 8. Sobre o sono 9. Sobre a menstruação 10. Sobre as dores **Ausculta:** Timbre e tom da voz. **A inspeção da Língua:** A língua como micro-sistema. Conexões. Topografia. A importância do estudo da língua na prática clínica. Estudo do corpo da língua. Movimentos e consistência da língua. Exame do revestimento da língua. Os vários tipos de língua. A evolução da doença e as variações da língua. **Palpação:** Geral e Segmentar. Palpação dos meridianos e pontos de acupuntura.

Objetivos: Munir o aluno de informações detalhadas acerca da semiologia segundo a MTC; Estabelecer paralelo entre a semiótica chinesa e ocidental; Caracterizar a importância da inspeção da língua como método diagnóstico.

MODULO IX

Semiologia II: Palpação dos Pulsos: Histórico; Localização dos pulsos. Pulso da artéria radial; técnica do exame do pulso. Precauções no exame do pulso. Qualidades do pulso normal. Os Pulsos e a patologia; discordâncias síndrome-pulso. Os principais tipos de pulso. **Diagnóstico I: Padrões de desarmonia de acordo com os 8 princípios:** Superficial e Profundo; Frio e Calor; Excesso e Deficiência; Yin e Yang. **Exterior e interior:** Síndrome do exterior. Síndrome do interior. Distinção entre exterior e interior. Síndromes concomitantes do exterior e interior. **Frio e Calor:** Síndrome de frio. Síndrome de calor. Distinção entre frio e calor. Formas Imbricadas. **Excesso e Deficiência:** Síndrome de deficiência. Síndrome de excesso. Relação entre as síndromes de excesso e deficiência. Relações entre deficiência-excesso, interior-exterior, frio-calor. **Yin – Yang:** Deficiência de Yang. Deficiência de Yin. Colapso do Yang. Colapso de Yin. **Padrões de Desarmonia de acordo com as disfunções de Qi, Xue (sangue) e Jin Ye (líquidos orgânicos):** **Síndromes de Qi:** Deficiência. Estagnação. Submersão. Rebelião. **Síndromes de Xue (sangue):** Calor. Deficiência. Estase. Perda.

Objetivos: Capacitar o aluno ao diagnóstico segundo a MTC; Reforçar aprendizado com discussão de casos clínicos; Iniciar o estudo das principais síndromes.

MODULO X

Estudo Anatômico dos Meridianos Principais I: Anatomia de superfície relacionada aos meridianos do membro superior. Pele, músculos e tendões - Divisões proporcionais do corpo humano usadas para localizar pontos de acupuntura Anatomia da cabeça e pescoço - Divisões proporcionais - Meridianos com seus pontos principais Anatomia do tórax e abdômen - Divisões proporcionais - Meridianos com seus pontos principais Anatomia do membro superior - Divisões proporcionais - Meridianos com seus pontos principais. **Estudo dos Meridianos do Membro Superior:** Pulmão Intestino Grosso Coração Intestino Delgado San Jiao o Pericárdio. **Principais aspectos abordados no estudo:** Trajeto Localização e função dos pontos As principais relações com órgão e vísceras Relações com os outros Meridianos Principais conexões A relação- pontos de Acupuntura - meridianos- sistema nervoso periférico

Objetivos: Individualizar o estudo anatômico dos meridianos detalhando os principais pontos e suas funções; Aprofundar o estudo através da revisão da anatomia de superfície relacionada aos principais pontos dos meridianos do membro superior; Caracterizar a importância e utilidade do sistema de meridianos na prática clínica; Facilitar o aprendizado e identificação dos pontos de acupuntura através de atividades práticas em sala de aula.

MODULO XI

Estudo Anatômico dos meridianos principais II: Anatomia de Superfície relacionada aos meridianos do membro inferior. Pele, músculos e tendões - Divisões proporcionais do corpo humano usadas para localizar pontos de acupuntura Anatomia da cabeça e pescoço - Divisões proporcionais - meridianos com seus pontos principais. Anatomia do dorso - Divisões proporcionais, meridianos com seus pontos principais. Anatomia do membro inferior - Divisões proporcionais - meridianos com seus pontos principais. **Estudo dos meridianos do membro inferior.** Baco-Pâncreas, Rim, Fígado, Bexiga, Vesícula Biliar, Estomago. **Principais aspectos abordados no estudo:** Trajetos Localização e função dos pontos As principais relações com órgão e vísceras Relações com os outros meridianos Principais conexões A relação- pontos de acupuntura - meridianos- sistema nervoso periférico.

Objetivos: Individualizar o estudo anatômico dos meridianos detalhando os principais pontos e suas funções; Levar ao aluno uma revisão de anatomia de superfície, facilitando a identificação e uso correto dos principais pontos de acupuntura; Caracterizar a importância e utilidade do sistema de meridianos na prática clínica; Facilitar o aprendizado e memorização através de atividades práticas em sala de aula.

SEGUNDO SEMINARIO DE REVISAO

MODULO XII

SEGUNDA PROVA DE AVALIACAO

Diagnostico II: Síndromes de acordo com os padrões de desarmonia dos Zang (órgãos): Xin (Coração), Gan (Fígado), Pi (Baco), Fei (Pulmão), Shen (Rim).

Objetivos: Dar seguimento ao estudo das disfunções sindrômicas; Fazer com que o aluno entenda a dinâmica do diagnóstico e tratamento através dos padrões de desarmonia (síndromes), e perceba a importância das mesmas nos processos crônicos de disfunção interna; Discussão de casos clínicos

MODULO XIII

Diagnostico III: Síndromes de acordo com os padrões de desarmonia dos Fu (vísceras):

Dan (Vesícula Biliar) Wei (Estomago) Da Chang (Intestino Grosso) Pan Guang (Bexiga) San Jiao (Tripló Aquecedor) Xiao Chang - Intestino Delgado; **Síndromes de acordo com os padrões de desarmonia combinados:** Desarmonia entre Xin e Shen. Deficiência do Yang de Xin e Shen. Deficiência do Qi de Fei e Shen. Deficiência do Yin de Fei e Shen. Deficiência do yin de Gan e Shen. Deficiência do Yang do Pi e Shen. Deficiência do Qi de Xin e Fei. Deficiência do Qi de Pi e Fei. Desarmonia entre Gan e Pi. Desarmonia entre Gan e Wei. Deficiência de Xin e Pi. **Síndromes de acordo com as disfunções dos meridianos e colaterais:** Sintomatologia dos 12 meridianos principais Fisiologia, fisiopatologia dos canais. Pontos e técnicas para o tratamento das disfunções dos meridianos. Sintomatologia do Ren Mai e Du Mai.

Objetivos: Aprofundar o conhecimento acerca das disfunções sindrômicas; Capacitar o aluno a diagnosticar e tratar as síndromes complexas; Reforçar o aprendizado através de discussão de casos clínicos

MODULO XIV

Tratamento I: Princípios da Terapêutica: O conceito de raiz e manifestação. Tratar a raiz. Tratamento da raiz e manifestação. Tratamento da manifestação. Raízes e manifestações múltiplas. Tratamento do Agudo e do Crônico. Tratamento do local e do geral. A escolha adequada do método. **Métodos Terapêuticos Básicos:** Tonificação, Sedação Princípios Básicos da Sedação e Combinação de Pontos. Pontos usados no tratamento sindrômico. Pontos usados nos distúrbios localizados - Pontos locais; pontos a distância; pontos adjacentes, pontos dolorosos. Seleção de pontos segundo os meridianos e colaterais; combinação de pontos com efeitos comuns. Pontos Shu - Mu Combinação de pontos alto - baixo Combinação de pontos locais - distantes. Combinação de pontos direita - esquerda. **A Técnica da Acupuntura: Os Tipos de Agulhas:** Filiforme: tipos, tamanho, material Triangular; intradérmica Sementes para auriculoterapia. **Técnica de utilização das agulhas filiformes** A correta inserção da agulha; O

ângulo, a profundidade e a estimulação. A manipulação da agulha e o aparecimento do Qi (Sensação de Qi). Principais manipulações. Tempo de permanência das agulhas. Número de agulhas por aplicação. Posição do paciente. **Procedimentos Relacionados: Moxabustão:** Bases gerais da Terapia. Moxa em cone; Moxa em forma de bastão. Moxa com agulhas. Funções Precauções, contraindicações. Os pontos mais usados. **Agulhas Intradérmicas** Objetivos e funções do tratamento. A técnica utilizada. As agulhas permanentes. A técnica do manejo. Indicações. Precauções. **Acupuntura Cutânea** Princípios gerais. Objetivos e funções. A técnica utilizada. Tipos de martelos utilizados. **Ventosas:** Princípios gerais. Tipos de Ventosas. A técnica de aplicação. Indicações e contra indicações. Precauções. **Infiltração em Pontos de Acupuntura** A técnica utilizada. Locais de injeção e princípios de seleção de pontos. Substâncias utilizadas, dosagens e quantidade. Indicações, limitações e contraindicações do método.

Objetivos: Fazer com que o aluno conheça os métodos e os materiais usados na Medicina Tradicional Chinesa; Definir com clareza a importância dos vários métodos de tratamento e a utilidade prática de cada um nos dias atuais

MODULO XV

Tratamento II: Auriculoterapia: Anatomia do pavilhão auricular. A orelha como micro – sistema. As bases neurofisiológicas da técnica. Os principais pontos auriculares. Técnicas de localização de pontos. Princípios de escolha de pontos. Princípios de combinação de pontos. As principais patologias tratáveis pelo método. Limitações e complicações.

Objetivos: Levar ao aluno os aspectos teóricos e práticos da técnica; Realizar demonstrações práticas que capacitem o aluno ao tratamento através da auriculoterapia

MODULO XVI

Tratamento III: Síndromes Bi- Obstrução dolorosa: Teoria Geral. Etiopatogenia. Fisiopatologia. Abordagem terapêutica. Princípios de tratamento. **O tratamento das doenças Musculo-Esqueléticas (agudas e crônicas):** Lombalgia e lombociatalgia. Dor no pescoço. Dor Cervicobraquialgia. Dor no ombro. Dor nos cotovelo e punho. Dor no joelho. Dor no calcâneo. Dor no tornozelo.

Objetivos: Instrumentalizar o aluno ao tratamento das principais algias periféricas de natureza aguda e crônica; Exemplificar com discussões de casos clínicos

TERCEIRO SEMINARIO DE REVISAO

MODULO XVII

TERCEIRA PROVA DE AVALIACAO

Bases da Clínica de Dor: Fisiopatologia da dor I. Fisiopatologia da dor II. Avaliação e mensuração da dor. Farmacologia da dor. Síndromes dolorosas crônicas I. Síndromes dolorosas crônicas II. Fisiatria e dor. Técnicas neuroablativas. Psiquiatria e dor. Psicologia e dor. Dor orofacial. Enxaqueca e síndromes correlatas.

Objetivos:

- Levar ao aluno informações atualizadas sobre a fisiopatologia da dor aguda e crônica
- Informar acerca das principais técnicas de mensuração e tratamento da dor
- Caracterizar a importância do domínio de conhecimentos atualizados acerca dos mecanismos da dor aguda e crônica no seguimento do paciente com dor

MODULO XVIII

Tratamento IV: O uso dos pontos extras e dolorosos: Os principais pontos fora de meridianos e suas indicações terapêuticas. A correta técnica de palpação e localização dos pontos dolorosos e a técnica de punção das agulhas. Indicações, possíveis associações, indicações e limitações ao uso dos pontos dolorosos. **Acupuntura Escalpeana:** Princípios básicos da terapia. Relações anatômicas do couro cabeludo. Neuroanatomia aplicada a acupuntura escalpeana. Localização das principais áreas e suas indicações. Localização e função das áreas silenciosas do cérebro. As principais patologias tratáveis pelo método. O tratamento da dor. O tratamento das sequelas

neurológicas. **A Técnica Punho Tornozelo** Histórico Teoria geral da técnica. As principais zonas de tratamento. As bases científicas. As indicações contra indicações e limitações.

Objetivos: Levar informações necessárias para que ao fim do modulo o aluno se sinta estimulado a iniciar pratica utilizando as técnicas Punho-tornozelo e Escalpoterapia, e capaz de manter-se atualizado e de se aperfeiçoar por conta própria.

MODULO XIX

Tratamento V: Eletroacupuntura - Eletroestimulação em acupuntura e Neuromodulação: Histórico. Evidencias das bases neuroquímicas da eletroestimulação. Noções fundamentais sobre eletricidade. Neurobiologia da eletroestimulação. Efeito analgésico da eletroestimulação. Pontos de acupuntura - mecanismos de ativação e modulação neural. Pontos gatilho - mecanismo de desativação com eletroestimulação. Os Estímulos: baixa frequência e alta intensidade alta frequência e baixa intensidade. Parâmetros de tratamento baseado em respostas neuro hormonais. Seleção de pontos e técnicas de estimulação. Tolerância a Acupuntura/eletroacupuntura. Precauções e recomendações. Indicações clínicas: dor miofascial-fibromialgia, tenossinovites, lombalgias, gonalgia, ombralgia, cervicobraquialgias, artrites, dismenorreia, cefaleias, náuseas, vômitos, cólica renal. Realização de atividades práticas com os alunos.

Objetivos: Fazer com que o aluno entenda os mecanismos em que estão alicerçados a pratica da Eletroacupuntura; Caracterizar a importância pratica da técnica na clinica diária; Demonstrar aos alunos o funcionamento dos principais aparelhos de eletroacupuntura existentes; Passar informações necessárias para que o aluno se sinta ao fim do modulo, apto ao tratamento das principais disfunções tratáveis através da eletroacupuntura.

MODULO XX

QUARTA PROVA DE AVALIACAO

Tratamento VI: Neurologia: Sequelas de AVC Paralisias (Wei) e paraplegias. Paralisia facial. Espasmo facial. Neuralgia intercostal. Neuropatias periféricas. Neuralgia do trigêmeo. Cefaleias.

Discussão de casos clínicos - Cefaleia, paralisia facial, neuralgia do trigêmeo, sequelas de AVC.

Objetivos: Munir o aluno de informações que o qualifiquem a tratar as principais disfunções neurológicas tratáveis por acupuntura

MODULO XXI

Tratamento VII: Disfunções digestivas altas: Dor Epigástrica, Vômitos, Náuseas, Dor abdominal. **Disfunções digestivas baixas:** Diarreia, Constipação, Síndrome do Intestino irritável. **Patologias gênito-urinárias:** Espermatorréia e impotência. Enurese noturna Incontinência e retenção urinarias. Infecções urinárias. **Discussão de Casos Clínicos:** Síndrome do Intestino irritável, dor epigástrica, diarreia, náuseas e vômitos.

Objetivos: Munir a aluno de informações que o qualifiquem a iniciar o tratamento das principais disfunções digestivas e geniturinárias

MODULO XXII

Tratamento VIII: Patologias respiratórias altas: Resfriado comum e rinite Sinusites agudas e crônicas. **Patologias respiratórias baixas:** Tosse Bronquite Asma brônquica. **Dermatologia:** Urticaria Eczemas e Psoríase Furunculose e acne. **Discussão de Casos Clínicos:** Asma, tosse, urticaria.

Objetivos: Munir a aluno de informações que o qualifiquem a iniciar o tratamento pratico das principais disfunções respiratórias e dermatológicas

MODULO XXIII

Tratamento IX: Ginecologia: Amenorreia, Meno e metrorragia. Dismenorreia. Tensão pré-menstrual. Displasia mamaria. Síndrome Climatérica. **Obstetrícia:** Hiperemese gravídica. O uso da Acupuntura no trabalho de parto.

Objetivos: Munir a aluno de informações teóricas que o qualifiquem a iniciar o tratamento pratico das principais disfunções ginecológicas e obstétricas.

MODULO XXIV

Tratamento X: Disfunções auditivas e vestibulares Disacusias em geral. Tonturas e síndromes vestibulares. **Endocrinologia** Hipertiroidismo. Obesidade. Diabetes mellitus. **Psiquiatria** Neuroses. Ansiedade. Pânico. Distúrbios do sono.

Objetivos: Munir a aluno de informações que o qualifiquem a iniciar o tratamento pratico das principais desordens endócrinas, psiquiátricas e otorrinolaringológicas.

QUARTO SEMINARIO DE REVISAO

MODULO XXV

PROVA FINAL-TEORICO-PRATICA.

PROVA DE TÍTULO DO CMA - CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

1. Medicina Tradicional Chinesa – Teorias Básicas:

- Conteúdo Fundamental da Teoria Yin-Yang
- Aplicação Prática da Teoria Yin-Yang
- Teoria dos Cinco Elementos ou Cinco Movimentos.

2. Fisiologia:

- Qi, o Sangue (Xue) e os Líquidos Orgânicos (Jin Ye)
- Jing (essência), Shen (mente)
- Os Zang Fu: (Zang/órgão) e suas funções, os Fu (vísceras) e suas funções
- Relacionamentos entre Zang, Fu as Vísceras Particulares
- Classificação Geral dos Jing Luo
- Os doze Meridianos principais
- Os pontos de Acupuntura.

3. Mecanismos de Ação da Acupuntura:

- A participação dos Sistemas Nervoso, Imune e Endócrino
- O ponto de Acupuntura e a recepção do estímulo
- A natureza do Estímulo.

4. Estudo Anátomo Funcional do Jing-Mai (Meridianos) principais e pontos:

- Trajeto Externo
- Localização e Função dos Pontos
- Relações com órgão e vísceras
- Conexões.

Meridianos Tendinosos:

- relações com os Meridianos Principais, funções

Meridianos Divergentes:

- relações com os Meridianos Principais, funções

Meridianos Extraordinários:

- Características Gerais – A organização em Pares
- Pontos Mestres (de abertura)
- Du Mai e Ren Mai (Pequena Circulação).

5. Etiologia:

- Classificação dos Fatores Etiológicos
- Fatores Externos
- Fatores Internos
- Fatores nem internos, nem externos.

6. Patogenia:

- O processo de adoecimento
- Modificações Patológicas
- Produções Patogênicas: Yu Xue e Tan Yin (Estagnação de Sangue; Flegma ou Mucosidade).

7. Zang Fu:

- Diferenciação de Síndromes
- Distúrbios das Zang (Órgãos)
- Distúrbios dos Fu (Vísceras)
- Distúrbio envolvendo mais de um órgão.

8. Semiologia:

- Inspeção, Olfacção, Interrogatório, Palpação, Auscultação.

9. Os 8 Princípios Diagnósticos:

- Relações entre Síndromes e Excesso e Deficiência.

10. Tratamento:

- Princípios de Tratamento
- Regras Terapêuticas
- Princípios de Seleção de Pontos
- A Técnica da Acupuntura
- Métodos Terapêuticos Auxiliares: Auriculoterapia, Eletroacupuntura, Moxabustão.

11. Terapêutica:

- Abordagem da Nosologia Ocidental pela Acupuntura.

BIBLIOGRAFIA

1. Liu Gong Wang – **Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão** – CEIMEC, São Paulo
2. NONG, Cheng Xin. **Acupuntura e Moxabustão** – Editora Roca, São Paulo.
3. Shanghai College of Traditional Medicine. **Acupuntura** – Um Texto Compreensivo – Editora Roca, São Paulo.
4. YAMAMURA, Ysao. **A Arte de Inserir** – Editora Roca, São Paulo.
5. ERNST, Edzard & WHITE, Adrian. **Acupuntura** – Uma Avaliação Científica – Editora Manole.

ANEXO E

REQUISITOS MÍNIMOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

I – ACUPUNTURA

O programa deve ser vinculado a uma Instituição de Saúde que tenha pelo menos um programa de Residência Médica na área de clínica e/ou área cirúrgica.

Primeiro ano

- a) ambulatório de acupuntura: mínimo de 30% da carga horária anual em unidade básica de saúde ou ambulatório geral, sendo 10% em dor e 20% em problemas clínicos;
- b) estágios clínicos obrigatórios: mínimo de 50% da carga horária anual em clínica médica; obstetrícia e ginecologia; ortopedia e traumatologia e neurologia;
- c) cursos obrigatórios: Introdução a Acupuntura, 5% da carga horária anual; etiopatogenia e fisiopatologia em acupuntura, 3% da carga horária anual e diagnóstico e tratamento em acupuntura, 7% da carga horária anual.

Segundo ano

- a) unidade de Internação em Clínica Médica 5% da carga horária anual;
- b) ambulatório de acupuntura, 60% da carga horária anual;
- c) pronto socorro: 13% da carga horária anual;
- d) estágio optativo: 7% da carga horária anual em Medicina Física e Reabilitação; Dermatologia; Reumatologia; Eletrofisiologia; Otorrinolaringologia e Psiquiatria;
- e) curso obrigatório: 10% da carga horária anual em acupuntura no tratamento de doenças segundo a nosologia ocidental.

Atividades teóricas complementares da Residência Médica – 10% da carga horária total do programa, distribuídos nos 2 (dois) anos de duração do programa.

Equipamentos e Instalações: agulhas para acupuntura; moxa; ventosa; aparelho para eletroacupuntura; biblioteca básica com livros e periódicos e acesso eletrônico a informação; salas para atendimento de acupuntura em unidade básica de saúde; ambulatórios; hospitais e pronto socorro.

ANEXO F

PROVA DE TÍTULO DO CMA - CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

1. Medicina Tradicional Chinesa – Teorias Básicas:

- Conteúdo Fundamental da Teoria Yin-Yang
- Aplicação Prática da Teoria Yin-Yang
- Teoria dos Cinco Elementos ou Cinco Movimentos.

2. Fisiologia:

- Qi, o Sangue (Xue) e os Líquidos Orgânicos (Jin Ye)
- Jing (essência), Shen (mente)
- Os Zang Fu: (Zang/órgão) e suas funções, os Fu (vísceras) e suas funções
- Relacionamentos entre Zang, Fu as Vísceras Particulares
- Classificação Geral dos Jing Luo
- Os doze Meridianos principais
- Os pontos de Acupuntura.

3. Mecanismos de Ação da Acupuntura:

- A participação dos Sistemas Nervoso, Imune e Endócrino
- O ponto de Acupuntura e a recepção do estímulo
- A natureza do Estímulo.

4. Estudo Anátomo Funcional do Jing-Mai (Meridianos) principais e pontos:

- Trajeto Externo
- Localização e Função dos Pontos
- Relações com órgão e vísceras
- Conexões.

Meridianos Tendinosos:

- relações com os Meridianos Principais, funções

Meridianos Divergentes:

- relações com os Meridianos Principais, funções

Meridianos Extraordinários:

- Características Gerais – A organização em Pares
- Pontos Mestres (de abertura)
- Du Mai e Ren Mai (Pequena Circulação).

5. Etiologia:

- Classificação dos Fatores Etiológicos
- Fatores Externos
- Fatores Internos
- Fatores nem internos, nem externos.

6. Patogenia:

- O processo de adoecimento
- Modificações Patológicas
- Produções Patogênicas: Yu Xue e Tan Yin (Estagnação de Sangue; Flegma ou Mucosidade).

7. Zang Fu:

- Diferenciação de Síndromes
- Distúrbios das Zang (Órgãos)
- Distúrbios dos Fu (Vísceras)
- Distúrbio envolvendo mais de um órgão.

8. Semiologia:

- Inspeção, Olfacção, Interrogatório, Palpação, Auscultação.

9. Os 8 Princípios Diagnósticos:

- Relações entre Síndromes e Excesso e Deficiência.

10. Tratamento:

- Princípios de Tratamento
- Regras Terapêuticas
- Princípios de Seleção de Pontos
- A Técnica da Acupuntura
- Métodos Terapêuticos Auxiliares: Auriculoterapia, Eletroacupuntura, Moxabustão.

11. Terapêutica:

- Abordagem da Nosologia Ocidental pela Acupuntura.

BIBLIOGRAFIA

1. Liu Gong Wang – **Tratado Contemporâneo de Acupuntura e Moxibustão** – CEIMEC, São Paulo
2. NONG, Cheng Xin. **Acupuntura e Moxabustão** – Editora Roca, São Paulo.
3. Shanghai College of Traditional Medicine. **Acupuntura** – Um Texto Compreensivo – Editora Roca, São Paulo.
4. YAMAMURA, Ysao. **A Arte de Inserir** – Editora Roca, São Paulo.
5. ERNST, Edzard & WHITE, Adrian. **Acupuntura** – Uma Avaliação Científica – Editora Manole.