



DESDE 1902  
**INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL**  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



**Universidade Nova de Lisboa**

**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PROCURA DOS  
UTILIZADORES DE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA  
NA REGIÃO DA GRANDE LISBOA**

**PASCOAL AMARAL**

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE  
EM SAÚDE PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO**

**FEVEREIRO, 2021**



DESDE 1902  
INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



**Universidade Nova de Lisboa**

**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PROCURA DOS  
UTILIZADORES DE MEDICINA TRADICIONAL CHINESA  
NA REGIÃO DA GRANDE LISBOA

**Autor:** Pascoal Amaral

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Inês Fronteira

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento

*“Um homem necessita de pelo menos dez anos  
para compreender uma nova ideia (...)  
por mais importante ou simples que esta seja.”*

Ronald Ross  
(1857 – 1932)

## **Dedicatória**

À minha família.

Como sempre.

Apenas porque tudo de mim é para eles.

Apenas porque os amo.

## Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, a Prof.<sup>a</sup> Doutora Inês Fronteira. Agradeço pela abertura de espírito que trouxe para as conversas de orientação; Agradeço pela paciência que teve nas correções; Agradeço pela confiança que trouxe ao projeto que propus; e Agradeço pela alegria e simplicidade que trouxe aos *entretantos* do processo de investigação.

Agradeço à coordenadora do curso, a Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Craveiro. Agradeço por me ter feito sentir como bem-vindo; Agradeço por me ter encorajado a seguir uma linha de investigação relacionada com a minha história pessoal; Agradeço por ter estado presente com soluções em todos os momentos delicados do processo curricular; e Agradeço pela simpatia e gentileza que partilha com todos.

Agradeço a todos os professores que tive, neste curso e antes deste curso. Agradeço por tudo o que me ensinaram; e Agradeço por tudo o que não me ensinaram, e que, ao não me ensinarem, me fizeram aprender: a autonomia e a resiliência são determinantes para o desenvolvimento do conhecimento.

Agradeço a todos os que lutaram pela regulamentação da Medicina Tradicional Chinesa e das restantes Terapêuticas Não Convencionais, áreas que merecem igualmente todo o meu respeito e consideração. Agradeço aos utentes; Agradeço aos profissionais da área; Agradeço aos profissionais de saúde convencionais; Agradeço aos reguladores e aos decisores políticos; e Agradeço aos cidadãos portugueses em geral pela sua clarividência de espírito.

Para finalizar, e porque o resultado do trabalho sobre a Saúde nem sempre é visível, especialmente porque na sociedade contemporânea apenas a doença é notícia, Agradeço a todos os Homens que lutam pela Saúde porque compreendem que um Ser Humano que se foca em manter o estado de Saúde está mais distante de manifestar o estado de doença. Este trabalho é o resultado da inspiração que têm diariamente sobre mim.

Muito obrigado a todos!

## Resumo

**Enquadramento:** Juntamente com outras terapêuticas não convencionais, a atividade profissional de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) foi recentemente regulada em Portugal. Devido aos progressos legais e normativos, nos últimos anos verificaram-se avanços sociais positivos para a consolidação da MTC na sociedade portuguesa e no sistema nacional de saúde. Contudo, e segundo a Organização Mundial de Saúde, os valores de utilização da MTC e os determinantes que induzem a procura de cuidados são desconhecidos para a população portuguesa. Por também não se conhecer o impacto da integração e da regulação desta medicina oriental sobre a estrutura económica, social e cultural portuguesa, é urgente produzir estudos que permitam conhecer os efeitos da MTC nas diferentes dimensões da sociedade portuguesa. **Objetivo:** Analisar o perfil de procura dos utilizadores de MTC na região da Grande Lisboa para o período entre 2015 e 2020, tendo em conta os aspetos clínicos e sociodemográficos. **Método:** Estudo observacional, transversal, analítico, realizado no Centro de Consultas de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa, com uma amostra com 478 indivíduos. A recolha de dados foi feita de forma secundária através da consulta direta aos ficheiros clínicos. **Resultados:** O utilizador de MTC tende a ser do sexo feminino, a ter entre os 30 e os 50 anos de idade e a ser trabalhador, sobretudo das especialidades relativas às atividades intelectuais e científicas. Em média, realiza 6,2 (DP=10,2) consultas e 77% regressa para um segundo tratamento. Em cada dez utilizadores, oito referem que a queixa principal melhora após o primeiro tratamento. As queixas tendem a ser crónicas, a apresentar dor e a estar relacionadas com as doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo, com os transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento ou com as doenças do sistema nervoso. Tendo em conta o diagnóstico diferencial da MTC, a maioria das queixas está relacionada com o sistema hepático e com o sistema de meridianos e colaterais.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Perfil de procura; Medicina tradicional e complementar; Terapêutica não convencional; Medicina tradicional chinesa; Portugal.

## Abstract

**Background:** Along with other non-conventional therapeutics, the professional activity of Traditional Chinese Medicine (TCM) was recently regulated in Portugal. The recent legal and normative evolution regarding TCM have contributed to positive social advances in the consolidation of TCM in portuguese society and health system. However, and according to World Health Organization, TCM utilization and its associated factors are not known for the Portuguese population. Given the unknown impact of the integration and the regulation of this oriental medicine in the Portuguese economic, social and cultural structure, it is urgent to produce studies that address the effects of TCM in the different dimensions of the Portuguese society. **Objective:** Analyze the demand profile of TCM users in the Lisbon region for the period between 2015 and 2020, taking into account the clinical and sociodemographic aspects. **Method:** Observational, transversal, analytical study, conducted at the Traditional Chinese Medicine Consultation Center in Lisbon, with a sample of 478 subjects. Data collection was carried out secondarily through direct consultation of clinical records. **Results:** A TCM user tends to be a female, aged between 30 and 50 years old and working mainly in especially intellectual and scientific activities. On average, one user have 6,2 (SD=10,2) consultations and 77% of the users return for a second treatment. In ten users, eight report that the main complaint improves after the first treatment. The complaints tend to be chronic, to include pain, and to be related with diseases of the musculoskeletal system or connective tissue, with the mental, behavioral or neurodevelopment disorders and with diseases of the nervous system. According to TCM differential diagnosis, most complaints are related to the system of the liver and with the meridian and collateral system.

**Keywords:** Epidemiology; Demand profile; Traditional and complementary medicine; Unconventional therapeutics; Traditional Chinese medicine; Portugal.

# Índice Geral

|                                                                              |              |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>1. Introdução .....</b>                                                   | <b>1</b>     |
| 1.1. Objetivos .....                                                         | 7            |
| 1.1.1. Objetivos gerais .....                                                | 7            |
| 1.1.2. Objetivos específicos .....                                           | 7            |
| <br><b>2. Enquadramento teórico .....</b>                                    | <br><b>8</b> |
| 2.1. Contexto histórico, social e científico da MTC .....                    | 8            |
| 2.1.1. Desafios para a aproximação da MTC à contemporaneidade .....          | 8            |
| 2.1.2. Compêndio da MTC e publicações clássicas relevantes .....             | 22           |
| 2.2. Enquadramento legal e socioprofissional da MTC em Portugal .....        | 30           |
| 2.2.1. Contexto legal da MTC .....                                           | 30           |
| 2.2.2. Evolução legislativa das TNC e regulação da MTC .....                 | 30           |
| 2.2.3. Contexto socioprofissional atual .....                                | 38           |
| 2.2.4. Contexto académico atual da MTC .....                                 | 39           |
| 2.3. Utilização das MT&C e da MTC .....                                      | 41           |
| 2.3.1. Regulação internacional das MT&C .....                                | 41           |
| 2.3.2. Utilização das MT&C no panorama internacional .....                   | 43           |
| 2.3.3. Valores e perfil de utilização da MTC no panorama internacional ..... | 47           |

|                                                                              |               |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>3. Material e Métodos .....</b>                                           | <b>52</b>     |
| 3.1. Desenho de estudo .....                                                 | 52            |
| 3.2. População e amostra .....                                               | 52            |
| 3.3. Contexto .....                                                          | 53            |
| 3.4. Método de recolha de dados .....                                        | 53            |
| 3.5. Análise de dados .....                                                  | 54            |
| 3.6. Considerações éticas e legais .....                                     | 57            |
| <br><b>4. Resultados .....</b>                                               | <br><b>58</b> |
| 4.1. Tamanho da amostra e proporção ao ano .....                             | 58            |
| 4.2. Análise do padrão de procura de consultas de primeira vez .....         | 59            |
| 4.3. Perfil sociodemográfico dos utilizadores .....                          | 60            |
| 4.4. Caracterização da queixa principal segundo a CID-11 .....               | 67            |
| 4.5. Caracterização dos quadros de dor .....                                 | 73            |
| 4.6. Acompanhamento e efeito do primeiro tratamento .....                    | 74            |
| 4.7. Relação da queixa com os dados sociodemográficos e de utilização .....  | 79            |
| 4.7.1. Relação com os dados sociodemográficos .....                          | 80            |
| 4.7.2. Relação com o acompanhamento e o efeito do primeiro tratamento .....  | 81            |
| 4.7.3. Relação da utilização com os dados sociodemográficos .....            | 82            |
| 4.8. Caracterização da queixa principal segundo a diferenciação da MTC ..... | 83            |

|                                                                           |            |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>5. Discussão .....</b>                                                 | <b>91</b>  |
| 5.1. Limitações do estudo .....                                           | 102        |
| <b>6. Conclusões .....</b>                                                | <b>104</b> |
| <b>7. Referências bibliográficas .....</b>                                | <b>108</b> |
| <b>8. Anexos .....</b>                                                    | <b>121</b> |
| ANEXO A. Perfil epidemiológico dos cidadãos em Portugal .....             | 121        |
| ANEXO B. Notas científica e históricas sobre a MTC .....                  | 128        |
| ANEXO C. Publicações clássicas da MTC .....                               | 131        |
| ANEXO D. Parecer da Comissão de Ética do IHMT-UNL .....                   | 133        |
| ANEXO E. Declaração de consentimento informado e esclarecido .....        | 136        |
| ANEXO F. Autorização para recolha de dados clínicos .....                 | 138        |
| ANEXO G. Parecer da Comissão de Ética da ESMTC .....                      | 140        |
| ANEXO H. Consultas de primeira vez por ano, por mês e por trimestre ..... | 142        |
| ANEXO I. Doenças e sintomas e efeito do primeiro tratamento .....         | 144        |

## Índice de Gráficos e Imagens

|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Imagem 1.</b> Desenho de estudo .....                                                                                         | 52 |
| <b>Imagem 2.</b> Estágios de aplicação dos critérios de elegibilidade e construção da amostra .....                              | 58 |
| <b>Gráfico 1.</b> Frequência de consultas realizadas por mês e por ano, e frequência total de consultas realizadas por mês ..... | 59 |
| <b>Gráfico 2.</b> Média do número total de consultas por faixa etária e por sexo .....                                           | 75 |

## Índice de Tabelas

|                                                                                                                                                                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1.</b> Organização das desordens e padrões da medicina tradicional de acordo com o módulo I do capítulo suplementar das condições de medicina tradicional do CID-11 .....                                                             | 24 |
| <b>Tabela 2.</b> Exemplo da diferenciação dos padrões do sistema hepático segundo o CID-11 .....                                                                                                                                                | 25 |
| <b>Tabela 3.</b> Cursos relativos às terapêuticas não convencionais acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior .....                                                                                                | 35 |
| <b>Tabela 4.</b> Processo legislativo relativo à regulamentação da MTC em Portugal, para o período que decorre entre os anos de 2003 e 2020 .....                                                                                               | 36 |
| <b>Tabela 5.</b> Plano de operacionalização das variáveis .....                                                                                                                                                                                 | 55 |
| <b>Tabela 6.</b> Distribuição por sexo: N – contagem (% por coluna), teste e valor para a diferença das médias das idades .....                                                                                                                 | 61 |
| <b>Tabela 7.</b> Distribuição por faixa etária: N – contagem (% por coluna), N <sub>ac</sub> – contagem acumulada (% acumulada por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo .....                          | 61 |
| <b>Tabela 8.</b> Distribuição por nacionalidade portuguesa e por localização regional dos utilizadores com nacionalidade não portuguesa: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo .... | 62 |
| <b>Tabela 9.</b> Distribuição por concelho de residência da Região da Grande Lisboa: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo .....                                                    | 64 |
| <b>Tabela 10.</b> Distribuição por situação profissional: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo .....                                                                               | 65 |
| <b>Tabela 11.</b> Distribuição por profissão de acordo com a Classificação Portuguesa de Profissões: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo .....                                    | 66 |
| <b>Tabela 12.</b> Distribuição da duração da queixa principal e da presença de comorbilidade: N – contagem (% por coluna), N <sub>ac</sub> – contagem acumulada (%)                                                                             | 68 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| acumulada por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo .....                                                                                                                                                                           |    |
| <b>Tabela 13.</b> Distribuição das doenças e sintomas segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo, teste e valor de prova para a diferença de médias .....                                          | 69 |
| <b>Tabela 14.</b> Distribuição por trimestre das doenças e sintomas segundo a CID-11: N – contagem (%) N – contagem (% por linha), teste e valor de prova para a diferença de proporções .....                                                                              | 72 |
| <b>Tabela 15.</b> Distribuição da localização da dor segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo .....                                                                                              | 73 |
| <b>Tabela 16.</b> Comparação do número total de consultas segundo o sexo: média (desvio-padrão), teste e valor de prova para a diferença de médias .....                                                                                                                    | 74 |
| <b>Tabela 17.</b> Correlação entre a idade e o número de consultas realizadas por indivíduo .....                                                                                                                                                                           | 75 |
| <b>Tabela 18.</b> Distribuição do número de consultas por doenças e sintomas: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo a variável “voltou para uma 2ª consulta?”, teste e valor de prova para a diferença de médias ..... | 77 |
| <b>Tabela 19.</b> Distribuição do efeito do 1º tratamento: N – contagem (% por coluna), N <sub>ac</sub> – contagem acumulada (% acumulada por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo .....                                           | 78 |
| <b>Tabela 20.</b> Coeficientes <i>Logit</i> do modelo de regressão logística da variável “doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo”: em função das variáveis sexo, idade e “situação profissional” .....                                                | 80 |
| <b>Tabela 21.</b> Coeficientes <i>Logit</i> do modelo de regressão logística da variável “doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo”: em função das variáveis “voltou para 2ª consulta?”, “número de consultas” e “efeito do 1º tratamento” .....        | 81 |
| <b>Tabela 22.</b> Coeficientes <i>Logit</i> do modelo de regressão logística da variável “voltou para a 2ª consulta?” e “número de consultas”: em função das variáveis sexo, idade, “situação profissional” .....                                                           | 82 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabela 23.</b> Distribuição dos padrões energético e dos padrões do sistema hepático segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo, teste e valor de prova para a diferença de médias ..... | 84  |
| <b>Tabela 24.</b> Distribuição dos padrões do sistema cardíaco e do sistema do baço segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo, teste e valor de prova para a diferença de médias .....     | 86  |
| <b>Tabela 25.</b> Distribuição dos padrões do sistema pulmonar e do sistema renal segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo, teste e valor de prova para a diferença de médias .....       | 88  |
| <b>Tabela 26.</b> Distribuição dos padrões dos meridianos e colaterais e dos padrões segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo, teste e valor de prova para a diferença de médias .....    | 90  |
| <b>Tabela A1.</b> Valores de DALYs por doença no ano de 2019, para ambos os sexos e para todas as idades, em Portugal .....                                                                                                                                          | 126 |
| <b>Tabela A2.</b> Livros clássicos de Medicina Tradicional Chinesa .....                                                                                                                                                                                             | 132 |
| <b>Tabela A3.</b> Distribuição das consultas de primeira vez por ano, por mês e por trimestre: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo .....                                                               | 143 |
| <b>Tabela A4.</b> Distribuição das doenças e sintomas segundo a CID-11 pela variável "efeito do primeiro tratamento": N – contagem (%) N – contagem (% por linha), teste e valor de prova para a diferença de proporções .....                                       | 145 |

## **Lista de siglas e abreviaturas**

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

**CCMTCL** – Centro de Consultas de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa

**CID-11** – Décima primeira revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

**CPP** – Classificação Portuguesa das Profissões

**INS** – Inquérito Nacional de Saúde

**MC** – Medicina Convencional

**MPD** – Médicos de Pés Descalços

**MTC** – Medicina Tradicional Chinesa

**MT&C** – Medicina Tradicional e Complementar

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento económico

**OESPS** – Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RGL** – Região da Grande Lisboa

**RPC** – República Popular da China

**TNC** – Terapêuticas Não Convencionais

**DALYs** – Esperança de vida corrigida pela incapacidade

$\chi^2$  – Teste do Qui-Quadrado de Pearson

**LR** – Teste de Likelihood Ratio

**F** – Teste One way ANOVA

**H** – Teste de Kruskal-Wallis

**U** – Teste de Mann-Whitney-Wilcoxon

$\Phi_c$  – Coeficiente de contingência V de Cramer

**DP** – Desvio padrão

**IIQ** – Intervalo interquartilico

**N<sub>ac</sub>** – Frequência absoluta acumulada

**OR<sub>a</sub>** – Odds Ratio ajustados

**IC** – Intervalo de confiança

**gl** – Graus de liberdade

# 1. Introdução

Em consequência do respeito que existe na sociedade chinesa pelo conhecimento ancestral, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é o sistema médico tradicional que melhor resistiu às transformações civilizacionais e que melhor preservou os seus princípios base (1). No presente, o alcance da MTC ultrapassa as dimensões do espaço geográfico que delimita a República Popular da China, os seus países vizinhos e os restantes países do hemisfério oriental do globo, e, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a MTC está presente em todo o mundo, em mais de 100 países (2,3). Atualmente, e devido à dimensão da população chinesa e à aproximação entre a sociedade ocidental e os povos orientais, a MTC é o sistema médico tradicional com maior número de praticantes em todo o mundo (1).

Na generalidade das obras literárias, a MTC é definida como sendo uma terapêutica milenar. Contudo, o enquadramento cronológico desta medicina oriental não é consensual entre os autores. De forma indiferenciada, quando se procura identificar a data de origem da MTC é possível encontrar autores que sugerem um início que data dos 3.000 anos a.C. e é possível encontrar autores que propõem um aparecimento mais recente, por volta de 1.000 a.C. (4,5). A variação observada na literatura para a moldura cronológica da MTC resulta do facto do processo de evolução da MTC não derivar apenas do somatório de um conjunto de marcos científicos ou históricos, mas também da influência que determinados fatores sociais e culturais do sudeste asiático tiveram para o progresso das teorias básicas da MTC, para a consolidação das suas práticas e para a estruturação da conduta clínica dos seus profissionais (4).

Segundo o enquadramento atual da OMS, a MTC é considerada como uma Medicina Tradicional e Complementar (MT&C) (6). A MTC faz assim parte de um grupo alargado de medicinas tradicionais e complementares que a OMS aconselha que sejam alvo de regulação, de modernização e de adequação aos diferentes contextos e/ou regiões (6).

Na sequência do apoio da OMS às MT&C, e devido à natureza distinta de intervenção dos profissionais da MTC e ao potencial clínico da área para ampliar o espectro de

diagnóstico e de intervenção da medicina ocidental – em Portugal dita como Medicina Convencional (MC) –, nos dias de hoje é considerado cada vez mais como sendo necessária a criação de políticas de saúde integrativas que incluam a MTC e que tenham em vista o desenvolvimento progressivo das estruturas sociais de promoção da saúde (5,7,8,9). Contudo, a integração da MTC nos diferentes sistemas nacionais de saúde tem sido intermitentemente apoiada pela comunidade internacional, verificando-se, no decorrer do tempo, avanços e recuos no posicionamento dos decisores. A justificação para o apoio descontinuado à MTC é quase sempre associada à dificuldade de mensuração e de explicação dos seus princípios teóricos e dos seus procedimentos à luz dos métodos científicos contemporâneos das ciências ocidentais (1,10).

A dificuldade de explicação e de prova de partes da MTC leva a que a discussão internacional sobre a sua utilização seja intensa e não consensual (10). Para responder a determinados setores que resistem em aceitar a MTC como uma medicina útil para os tempos correntes, a comunidade científica da MTC definiu como essencial investir na padronização, na modernização, na cooperação, na comunicação e na investigação (1).

Independentemente das questões sociais, políticas ou científicas relacionadas com a área, na atualidade a MTC é uma medicina com impacto na economia global. Num estudo realizado em 2012 com o objetivo de avaliar o impacto económico da indústria médica chinesa, foi estimada uma produção anual com a matéria médica chinesa na ordem dos 83,1 biliões de dólares americanos (2,11). Embora o valor de produção apontado para este ano seja significativo, é ainda mais relevante caso se considere que no ano de 2011 o valor estimado era 20% inferior, e que no ano de 2007 o valor de exportação da matéria médica chinesa era de 1,2 biliões de dólares americanos (2,12). O valor real do mercado da MTC é, no entanto, de difícil estimativa devido às diferentes designações para a área, à diversidade dos métodos clínicos e à variabilidade dos processos e dos tempos de regulação da profissão entre os países, nomeadamente no que diz respeito à definição do enquadramento social e legal da profissão, à normalização da comercialização e utilização dos produtos, e aos processos normativos que definem o perfil do profissional (2,6).

Apesar dos esforços evidentes para a adoção de práticas científicas que visam a aproximação da MTC às ciências ocidentais, a pressão para a explicação da MTC segundo

o modelo científico contemporâneo conduz esta área a um fenómeno designado como a “ocidentalização da medicina chinesa” (13). O fenómeno descrito, e que resulta num primeiro momento da intenção política chinesa de transformar a MTC numa medicina global, coloca esta área em risco de se descaracterizar caso a sua componente tradicional seja deturpada ou caso os seus profissionais se afastem da raiz histórica de procedimentos e de raciocínio clínico. Caso a componente tradicional da MTC deixe de ser protegida e deixe de ser aplicada na prática clínica, pode-se perder a compreensão sobre a real importância da MTC para a saúde internacional, especialmente no que se refere à pré-disposição desta medicina oriental para ser uma terapêutica com fins preventivos em que devem estar, tendencialmente, ausentes os efeitos adversos (13).

Contudo, o processo que poderá conduzir ao consenso internacional sobre a importância da MTC para a saúde e para a economia global, sem a usurpação das suas mais valias e sem a destruição das estruturas sociais e profissionais atuais, não se avizinha como sendo um processo amistoso, lesto ou fácil devido aos conflitos de interesses e ao autoritarismo de determinados setores da sociedade ocidental. Para ultrapassar as adversidades evidentes, os profissionais da MTC são indiretamente convidados a investir na melhoria das relações com as diferentes classes profissionais da área da saúde e do setor social, e a desenvolver estudos que definam, expliquem e justifiquem a importância da MTC para os diferentes problemas de saúde e para os diferentes contextos e/ou regiões.

Se o investimento no desenvolvimento destes aspetos do conhecimento for efetivo, estarão então criadas as condições para que os profissionais da MC e da MTC deixem de competir entre si, e estará criado o ambiente social e profissional que promove o trabalho em cooperação. O movimento social e profissional que tem em vista o desenvolvimento de trabalho integrado entre a MC e a MTC foi defendido e aconselhado pela antiga Diretora Geral da OMS, a Dr.<sup>a</sup> Margaret Chan (2,13,14):

*“(...) Os dois sistemas de medicina tradicional e de medicina convencional não precisam colidir; dentro do contexto de cuidados primários de saúde, eles podem misturar-se duma forma benéfica e harmoniosa, com o uso dos melhores recursos de cada sistema e com a compensação de determinadas fraquezas de cada um (...)”*

Resumidamente, a MTC distingue-se da prática biomédica no sistema de organização do raciocínio clínico uma vez que o pensamento da MTC foi profundamente influenciado por princípios filosóficos holísticos (13,15). Com o decorrer do tempo, estes princípios foram responsáveis por moldar a estrutura teórica e os métodos terapêuticos da MTC, e contribuíram determinantemente para a compreensão das diferentes dimensões do indivíduo e para o estudo dos fatores que influenciam o seu bem-estar e qualidade de vida.

Sob a influência de uma estrutura filosófica oriental sólida, a integração da MTC nas comunidades favorece: <sup>(1)</sup> a aproximação do ambiente clínico ao contexto quotidiano dos utentes; <sup>(2)</sup> a capacitação dos profissionais de saúde para observarem o indivíduo nas suas diferentes dimensões biopsicossociais; <sup>(3)</sup> a compreensão sobre a interdependência que existe entre o ser individual e os diferentes sistemas ecológicos; <sup>(4)</sup> a qualificação dos profissionais para serem capazes de avaliar o impacto dos comportamentos e das relações no estado de saúde e de doença do indivíduo e das comunidades; <sup>(5)</sup> a aproximação do profissional de saúde à prática clínica; e <sup>(6)</sup> a ação em prevenção. Estes fatores são algumas das principais mais valias da MTC e o motivo pelo qual determinados autores consideram esta terapêutica como sendo simples, benéfica, segura e eficaz (4,5).

Independentemente da origem geográfica e da raiz socioeconómica dos utentes, um especialista da MTC pode atualmente ser caracterizado como um profissional de saúde que utiliza uma linguagem inteligível para o utente e que é capaz de ultrapassar determinadas barreiras de intervenção e de relação, que, habitualmente, estão presentes em algumas profissões de saúde de cariz convencional. Contudo, e apesar do especialista de MTC utilizar uma comunicação acessível que beneficia a aproximação da medicina às comunidades, a simplicidade na linguagem adotada é, por outro lado, um fator que promove o distanciamento à abordagem moderna da MC e que gera incompatibilidades ideológicas e metodológicas com determinados atores das ciências ocidentais.

No entanto, a distância que aparentemente existe entre as duas abordagens é, cada vez mais, considerada como sendo positiva para o progresso da saúde uma vez que a coexistência pode servir de complemento a ambas. Segundo a literatura, a MC é especialmente benéfica para tratar quadros de doença aguda enquanto que a MTC é especialmente benéfica para a prevenção da doença e para o tratamento de quadros

crónicos (9,16). Ainda assim, é importante notar que o campo de ação da MTC não se limita ao espectro clínico apresentado uma vez que esta medicina oriental é igualmente benéfica para a resolução de determinadas doenças agudas ou situações críticas, e a MC é igualmente importante para o tratamento das doenças crónicas.

Na atualidade, a regulação da MTC é aconselhada e apoiada pela OMS nos países em que esta está presente, estando o início desse apoio associado a um encontro, realizado em 1978, com o objetivo de promover o desenvolvimento das medicinas tradicionais (6,17). Em Portugal, a MTC é considerada como uma Terapêutica Não Convencional (TNC) uma vez que essa foi a designação atribuída às MT&C na lei de enquadramento base das TNC de 2003: a Lei n.º 45/2003 de 22 de Agosto (18). No entanto, a lei que serviu de motor para a regulação das TNC em Portugal não incluiu primeiramente a MTC. A integração da MTC aconteceu somente dez anos após, na lei que regula o acesso às profissões das TNC no sector público e privado: a Lei n.º 71/2013 de 2 de Setembro (19).

Desde então, os avanços na regulação da MTC foram substanciais: caracterização do perfil profissional do especialista de MTC, definição dos requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos que confere o grau de licenciado em MTC, emissão de cédulas profissionais de MTC pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS) a cidadãos portugueses e/ou residentes em Portugal, e inclusão das TNC na base 26 da lei de Bases da Saúde de 2019 (20,21,22).

Tendo em conta os objetivos estratégicos da OMS para as MT&C até 2023, é correto afirmar que o processo de regulação das TNC em Portugal é positivo (2). Nos últimos anos, e tendo em conta a estratégia delineada, pode-se considerar que através da construção de políticas nacionais apropriadas foi possível desenvolver uma base de conhecimentos que permite a gestão ativa das TNC, pode-se considerar que foi fortalecida a garantia de qualidade, segurança e uso adequado das TNC devido à regulação das práticas e à creditação dos profissionais, e pode-se considerar que se deu início a promoção da cobertura universal das TNC em Portugal através da inclusão destas áreas no sistema de seguros voluntários de saúde privados (2). Porém, o processo de integração das TNC no território nacional ainda está longe de estar concluído, e, relativamente à MTC, é fundamental garantir o acesso universal aos cuidados, é essencial investir no

estudo sobre os ganhos que se podem obter caso se opte pela integração desta área no serviço nacional de saúde e é imperativo regular a utilização dos seus produtos uma vez que estes só deveriam ser administrados após a prescrição dos especialistas da área.

Uma vez que as TNC já foram alvo de um quadro legal e normativo, nesta fase do processo de integração da MTC no sistema nacional de saúde português é fundamental compreender os fatores que induzem a procura por este tipo de cuidados, a nível individual e sistémico, e é essencial compreender de que forma estas áreas se enquadram no sistema nacional de saúde. Contudo, o conhecimento nacional, sobretudo no que se refere ao impacto da regulação e da integração das TNC na sociedade portuguesa, é semelhante ao conhecimento que existe no panorama internacional, ou seja, é incipiente.

Na atualidade, e considerando apenas o contexto português, é fundamental investir no acompanhamento do processo de integração da MTC no sistema nacional de saúde, nomeadamente na medição do impacto atual da MTC sobre a saúde dos portugueses, na identificação dos ganhos que entretanto foram obtidos, no entendimento do impacto social decorrente, e no conhecimento da estrutura sobre a qual se está a edificar a indústria da MTC em Portugal. Contudo, e apesar de ser totalmente pertinente criar conhecimento sobre os tópicos mencionados, atualmente desconhecem-se estudos ou projetos que permitam conhecer os padrões de comportamento, de atitude e de prática dos profissionais de MTC credenciados pela ACSS, desconhece-se o perfil de utilização da MTC por parte dos cidadãos, e desconhece-se o impacto clínico, económico, social e cultural da MTC no território português e/ou nas suas diferentes comunidades.

Nesse sentido, dado o exposto e dada a relevância do tema apresentado devido ao desenvolvimento social da área em Portugal, no presente estudo objetivou-se responder à seguinte questão de investigação: qual o perfil dos utentes que atualmente recorrem às consultas de Medicina Tradicional Chinesa na região da Grande Lisboa (RGL)<sup>1</sup>?

---

<sup>1</sup> Tendo em conta a organização territorial de Portugal, a região da Grande Lisboa é uma sub-região estatística portuguesa, que de acordo com a Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS) é classificada como sendo de nível III. A região da Grande Lisboa faz parte da atual região da Área Metropolitana de Lisboa e inclui os concelhos de Amadora, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Odivelas, Oeiras, Sintra e Vila Franca de Xira.

## **1.1. Objetivos**

### **1.1.1. Objetivo geral**

O objetivo geral para esta investigação é analisar o perfil epidemiológico dos utilizadores de MTC no Centro de Consultas de MTC de Lisboa, entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2020.

### **1.1.2. Objetivos específicos**

Tendo em conta o objetivo geral apresentado e de forma a responder à questão de investigação apresentada, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever as características sociodemográficas dos utilizadores de MTC
- Descrever as doenças e/ou sintomas que levam os utentes a recorrer à MTC
- Descrever o acompanhamento dos utentes e a evolução da queixa principal
- Analisar a relação entre as doenças e/ou sintomas dos utilizadores de MTC e as características sociodemográficas
- Analisar a relação entre as doenças e/ou sintomas dos utilizadores de MTC e o período do ano em que foi realizada a primeira consulta
- Analisar a relação entre as doenças e/ou sintomas dos utilizadores de MTC e a duração do acompanhamento
- Analisar a relação entre as doenças e/ou sintomas dos utilizadores de MTC e o efeito imediato do tratamento

## **2. Enquadramento teórico**

### **2.1. Contexto histórico, científico e social da MTC**

#### **2.1.1. Desafios para a aproximação da MTC à contemporaneidade**

De forma segura uma vez que essa é a marca cronológica apresentada pela OMS, pode-se afirmar que a MTC é praticada no território chinês há mais de dois mil anos tendo em vista a promoção da saúde e o tratamento da doença no indivíduo (23). O início da organização da base teórica que se transformou na base fundamental para a estrutura de raciocínio e de prática da MTC, teve, no entanto, início há mais de cinco mil anos quando os anciãos chineses compreenderam, através da observação, que todas as partes constituintes das diferentes dimensões físicas estão ligadas pela mesma substância energética (24). O elemento de ligação identificado – que nos dias de hoje ainda carece de prova – foi denominado como *qi* (leia-se chi). Independentemente das dificuldades de mensuração do *qi*, o estudo deste elemento básico foi determinante para a progressão da MTC e para que na atualidade, e em combinação com o estudo de outras áreas do saber da MTC, seja possível compreender e explicar as dinâmicas e as dimensões biopsicossociais do indivíduo e das comunidades (24).

A capacidade precoce evidenciada pelos estudiosos da antiguidade oriental para compreender o indivíduo, o mundo natural e o universo como um bloco interdependente, dinâmico e contíguo, orientou a civilização do sudeste asiático no sentido da construção de uma base de comportamentos apoiada nos princípios fundamentais de três filosofias: o Taoísmo, o Confucionismo e o Budismo (25,26). Em momentos distintos mas de forma transversal, as três filosofias orientais contribuíram para a formação da estrutura social e para a determinação do modo de vida dos locais, influenciaram as tradições das diferentes regiões e orientaram a organização dos diferentes sectores da sociedade chinesa. No domínio da saúde, estas filosofias foram especialmente importantes porque contribuíram para definir a forma como os cidadãos do sudeste asiático enfrentam as adversidades relacionadas com a doença, como preservam a saúde e como a sociedade se organiza para responder aos problemas individuais e coletivos causados por esta dicotomia (25).

Apesar da longevidade das teorias e das práticas, a estrutura atual da MTC é bastante mais recente do que habitualmente se sabe ou assume, podendo-se afirmar que a MTC da contemporaneidade é uma versão moderna da medicina tradicional que existia na antiguidade (15). Embora a modernização da MTC tenha sido impulsionada pelo contacto que foi estabelecido entre os médicos chineses e os missionários ocidentais em meados do século XVII, a transformação ocorreu apenas durante o século XX, após a rebelião político-social chinesa: a revolução cultural proletária (27).

Em resultado do confronto evidente de paradigmas, uma vez que os ocidentais tinham uma forma particular de observar a doença e revelavam conhecimentos distintos sobre a anatomia e a fisiologia humana, a aproximação que ocorreu no século XVII levou parte da comunidade médica chinesa a compreender, no imediato, que a cooperação entre a MTC e a MC seria benéfica para as duas áreas (15). Contudo, e apesar da óbvia necessidade de adaptar as práticas da medicina local a um novo contexto global, o processo de modernização da MTC foi lento e atribulado, e, durante aproximadamente dois séculos e meio foi intermitente e pouco produtivo (28).

O real entusiasmo dos médicos chineses relativamente à MC ocorreu apenas no final do século XIX quando a classe médica mais jovem se mostrou claramente interessada na linguagem científica de raiz ocidental e se estabeleceu como oposição à classe médica chinesa mais conservadora, que resistia a uma possível aproximação entre as duas áreas (29). Atualmente, a comunidade científica chinesa é consensual quanto à importância do trabalho integrativo na área da saúde, e os decisores políticos reconhecem a relevância da construção de políticas de saúde integrativas para a progressão da economia do país e para a melhoria da saúde dos seus cidadãos (15,27).

Antes da criação da República Popular da China (RPC), os ocidentais que conviveram com os médicos tradicionais chineses adotaram posturas distintas sobre a MTC. Por um lado, houve quem revelasse a repulsa e o desprezo pelas práticas e pelos métodos de diagnóstico tradicionais chineses, e por outro lado quem manifestasse interesse real na abordagem da MTC sobre a saúde e sobre a doença (29). Entre as primeiras personalidades a manifestar o interesse pela MTC, destaca-se Dabry de Thiersant por ter publicado em 1863 o livro *“A medicina entre os chineses”* (30). Na publicação, o cônsul

de França na China apresentou ao mundo ocidental os métodos tradicionais chineses, e pronunciou-se positivamente sobre uma possível contribuição da MTC para o desenvolvimento do conhecimento das ciências ocidentais (29).

Contudo, o interesse real da comunidade ocidental sobre a MTC só despontou na década de 70 do século XX, e as primeiras publicações ocidentais de MTC a serem consideradas como credíveis e relevantes são atribuídas a George Soulié de Morant (31). Entre os livros mais importantes escritos pelo diplomata francês é necessário destacar “*A verdade exata da Acupuntura Chinesa: doutrina, diagnóstico e terapêutica*” publicado em 1934, e a “*Acupuntura Chinesa*”, dividida em dois volumes: “*Acupuntura Chinesa, volume I – A energia*” publicado em 1939 e a “*Acupuntura Chinesa. Volume II – O manuseio da energia*” publicado em 1941 (32,33).

Durante o processo de ascensão da presença ocidental em território chinês, as práticas da MTC mantiveram-se praticamente sem alterações uma vez que não foram criadas reformas que promovessem o progresso da área e a sua adaptação à modernidade (15). A ausência de estímulos de desenvolvimento da MTC e o crescimento da MC nas zonas urbanas levou a que determinados eventos históricos conduzissem a MTC ao descrédito local, e a inércia sociopolítica pré-revolução cultural, levou a que a existência da MTC fosse colocada em causa em diversas situações e períodos (29). Ainda assim, e apesar da inexistência de medidas de adequação da medicina local aos desafios da modernidade, a MTC foi a única área das ciências chinesas a ser considerada pelos intelectuais orientais como sendo superior às ciências ocidentais. O sentimento científico de supremacia, coadjuvado pelo elevado reconhecimento que a MTC possuía junto da população chinesa, permitiu à MTC subsistir perante o ascendente domínio da ciência ocidental no território sino. Entre as quatro ciências de relevo da antiga civilização chinesa – as restantes ciências eram a astronomia, a aritmética e a agronomia – a MTC foi a única a não ser substituída de forma instantânea pelas ciências ocidentais (34).

No entanto, em 1910, a posição segura da MTC na sociedade chinesa viria a sofrer um revés assinalável após a Grande Praga da Manchúria ter devastado o nordeste da China (29,35). A peste pneumónica, que segundo os registos históricos apresentou uma taxa de letalidade de 100% e levou 43.942 indivíduos à morte por doença e outros tantos milhares

à morte por fome, assaltou sem piedade a saúde e a vida dos habitantes da região, abanou agressivamente a estrutura social e política chinesa, e obrigou os responsáveis chineses a agir de forma célere com medidas modernas e adequadas ao problema (35).

Na época, o contexto sanitário na Manchúria era deplorável, as estruturas de proteção da saúde eram precárias, e a região apresentava as condições ideais para a ocorrência de uma calamidade epidémica. Devido ao baixo nível de desenvolvimento, não havia nenhuma organização de saúde pública na região, o número de especialistas era baixo ou inexistente, não havia métodos seguros para lidar com os doentes ou com os mortos, e a presença médica, tanto da MTC como da MC, era manifestamente insuficiente (35). O subdesenvolvimento da região, associado à obrigatoriedade de responder ao problema epidémico e à necessidade de defender a soberania da região perante a presença russa e japonesa, forçou os políticos chineses a recorrer aos conhecimentos ocidentais de saúde pública. O recurso a estes conhecimentos foi o fator desencadeante para o início da submissão da MTC à MC em território chinês (35).

Entre as medidas de saúde pública implementadas destaca-se a criação de centros de quarentena nos vagões das ferrovias, a identificação dos indivíduos após a saída de quarentena, o estabelecimento de restrições à circulação entre as regiões e a criação da máscara facial por Wu Lien-Teh (35). Na época, foi decretada a obrigatoriedade de utilização da máscara facial por parte dos médicos chineses, e a sua utilização foi aconselhada a toda a população.

Este evento epidémico, historicamente considerado como decisivo para a transição da visão dos chineses sobre a medicina, foi responsável por fragilizar a posição social dos médicos tradicionais chineses, motivou a descredibilização política da MTC e incentivou a tentativa de proibição da prática da MTC na China (29).

Após a epidemia de 1910, e devido à China padecer de submissão económica e militar aos países ocidentais – sobretudo por ser um país subdesenvolvido que era constituído maioritariamente por população rural –, a MTC esteve em risco de supressão após sofrer duros ataques por parte das estruturas científicas de raiz ocidental que prosperavam na região (29). Entre as várias agressões de que a MTC foi alvo, a primeira convenção

chinesa de saúde pública destaca-se como um marco histórico. Na convenção de saúde pública, realizada em 1929, foram apresentadas três propostas inquisitórias que visavam a restrição severa da prática da medicina chinesa, a proibição da propaganda de medicina chinesa e a proibição do estabelecimento de escolas de medicina chinesa (29). Porém, e apesar da transição social que ocorria na antiga China e que resultava da absorção dos valores ocidentais e do abandono de algumas das tradições locais, as medidas autoritárias e totalitárias não atingiram os fins ambicionados. A ineficácia das medidas deveu-se à resiliência dos médicos tradicionais chineses, ao apoio e à proteção que a MTC recebeu das estruturas políticas regionais, e ao facto da MC estar essencialmente concentrada nas zonas urbanas e de ter pouca expressão nas comunidades rurais (36).

Hoje, e embora este evento possa ser considerado como um episódio isolado no tempo, a convenção de 1929 está associada a um período tenebroso na civilização chinesa que é denominado como *guochi*, ou seja, o período da “humilhação nacional”. Este período, que foi profundamente negativo para o contexto político e social local e que durou aproximadamente meio século – entre 1895 e 1949 –, é atualmente considerado como um período obscuro na história chinesa uma vez que impeliu à perda da identidade do povo chinês após a tentativa de colonização por parte de alguns países ocidentais (29). No presente, a não promulgação das medidas propostas na convenção é considerada como determinante para que não se tenham criado desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre as regiões e para que não se tenha destruído uma área do saber com impacto relevante nos costumes e nas práticas de saúde dos cidadãos chineses. Ainda assim, e embora a convenção de saúde pública chinesa não tenha alcançado os objetivos inicialmente propostos, o movimento criado teve um papel político importante e foi determinante para que duas décadas após a MTC fosse alvo de uma reforma que visou a transformação das suas teorias, práticas e pedagogias, e a destruição de todas as práticas que estivessem associadas à divinação ou à superstição (15,29).

Em consequência da crise social e política vivida na antiga China, o processo efetivo de modernização da MTC surgiu apenas quando, na segunda metade do século XX, o partido comunista chinês, sob a Presidência de Mao Ze-Dong, assumiu, durante a revolução cultural proletária, a importância de modernizar a MTC e definiu oficialmente que a realização de trabalho integrado entre a MTC e a MC era um dos objetivos

principais das políticas de saúde nacional (27,28,37). Todavia, a intenção advogada por Mao Ze-Dong durante a revolução cultural proletária é contrária à posição que assumira no início da década de 40 onde apontava à erradicação de toda e qualquer forma de medicina associada à tradição, e comparava os “mestres” de medicina chinesa a “artistas de circo” (29). A mudança de postura perante a medicina tradicional local foi assinalada em 1954 com a criação do Departamento de Medicina Chinesa no Ministério de Saúde Pública. A criação desta estrutura foi motivada pela intenção de retirar o controlo da medicina tradicional local aos “mestres” de medicina chinesa para o atribuir às autoridades governamentais e às estruturas locais associadas às ciências ocidentais (15).

A partir de 1966, e em resultado da revolução cultural proletária, Mao Ze-Dong promoveu a perseguição aos antigos “mestres” de medicina chinesa e incentivou a Guarda Vermelha a destruir todos os registos que estivessem associados a crenças ou ao misticismo (29). A perseguição conduzida por Mao Ze-Dong e a destruição literária decorrente é considerada hoje em dia como um ato histórico com efeito negativo no conhecimento da MTC. A ação de supressão promovida pelo Estado Chinês poderá ter sido responsável pela destruição de conteúdos importantes para a área, que, salvo a eventualidade de futuros achados arqueológicos, poderão estar perdidos para sempre.

Após o novo Estado chinês expressar claramente a intenção de modernizar e de controlar as práticas da MTC, foi criado um sistema jurídico exclusivo que ajustou a prática da MTC ao novo contexto social e político. A reforma criada permitiu a obtenção de ganhos significativos sobre a saúde e sobre a economia do povo chinês, beneficiou de forma significativa a vida das pessoas e permitiu a construção de uma indústria especificamente dirigida para a MTC (38). A reforma do sistema de saúde chinês conduziu à gratificação das políticas de saúde pública, onde se destaca a criação da política dos “médicos de pés descalços” (MPD) devido aos ganhos obtidos junto da população rural (38,39). Desde a fundação da RPC, a integração da MC e da MTC é defendida publicamente pelas forças políticas chinesas (27).

Para que a política dos MPD e outras políticas de modernização e de integração da MTC nas comunidades tivessem sucesso, foi necessário proceder, em 1954, à criação de cinco colégios de MTC nas principais cidades chinesas – Beijing, Chengdu, Guangzhou,

Nanjing e Shangai –, e foi necessário em 1958 formar duzentos médicos chineses de raiz convencional com os métodos que na época eram considerados como sendo os mais seguros e eficazes na MTC (15,29). Contudo, o programa de formação inovador permitiu rapidamente compreender a dificuldade que existe na integração da MTC com a MC uma vez que apenas 10% dos médicos alopáticos recrutados conseguiram concluir a formação. Os motivos principais para um número tão baixo de médicos formados está associado à dificuldade de memorização dos conteúdos da MTC e à dificuldade de adaptação a um novo paradigma de raciocínio clínico (29).

Entre as políticas que resultaram da revolução cultural proletária, a política de saúde dos MPD é atualmente reconhecida como uma das políticas chinesas com maior sucesso, tendo a sua criação sido motivada por dois objetivos: <sup>(1)</sup> promover o acesso universal aos cuidados primários de saúde nas regiões onde os recursos eram escassos e <sup>(2)</sup> promover a integração da MTC e da MC em regime de complementaridade (39,40). A política dos MPD teve o seu ponto alto na década de 60 e 70 do século XX, e o início da formação dos MPD ocorreu imediatamente após a revolução cultural proletária, em 1966 (29). A formação dos MPD, que durava entre três e cinco meses, teve início com o recrutamento de indivíduos nas comunidades, e obrigava a estes, após a formação, a retornar às comunidades de origem para aplicarem os conhecimentos adquiridos (40). A formação dos MPD visava a integração de diferentes áreas de conhecimento, e implicava o estudo da anatomia, fisiologia e patologia da MC, incluía a aprendizagem de métodos terapêuticos de MTC tais como a acupuntura e a prescrição de substâncias medicinais, visava a aquisição de competências no âmbito da normalização das práticas de higiene, e ainda abarcava a aprendizagem de técnicas de construção de estruturas sanitárias (39). Embora o tempo para a formação dos MPD fosse reduzido, Mao Ze-Dong acreditava que a implementação desta política iria permitir substituir o conhecimento “duvidoso” dos “mestres” chineses por conhecimento seguro e adaptado ao contexto, e garantia que o conhecimento era aplicado apenas por indivíduos que agiam sob a subordinação do Estado (15,29).

Na atualidade, a política dos MPD pode ser enquadrada no trabalho que é desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde, e a sua implementação foi extraordinariamente benéfica para o país. A política integrativa criada pela administração de Mao Ze-Dong

permitiu a aproximação das populações urbanas e rurais, beneficiou a prevenção da doença e a promoção da saúde junto das populações mais vulneráveis, e favoreceu o empoderamento das comunidades no que diz respeito à melhoria das condições sanitárias, que, na época, eram extremamente precárias e colocavam as populações constantemente em risco de uma calamidade epidémica (39,40). Ao todo estima-se que esta política de saúde tenha formado 1,5 milhões de MPD e chegado a 0,8 biliões de habitantes das regiões rurais, sendo esse o principal motivo para que esta política seja hoje em dia considerada como um exemplo para os países em desenvolvimento que pretendem atingir, até 2030, a meta de cobertura universal de saúde, tal como é definido nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (39).

Após a década de 80, a política dos MPD perdeu força no território chinês devido à melhoria no acesso aos cuidados de saúde, ao desenvolvimento das infraestruturas locais e à melhoria das condições sanitárias gerais. Apesar da diminuição da importância social da política dos MPD, nessa mesma década a MTC fortaleceu a sua posição na sociedade chinesa e deu um passo sólido em direção à modernidade devido à integração da MTC no ensino superior, à aproximação do ensino da MTC ao modelo científico ocidental e à incorporação de metodologias de investigação no trabalho desenvolvido pelos seus profissionais (29). No presente, os MPD ganharam um novo vigor nas áreas menos desenvolvidas da China, sendo-lhes determinada a responsabilidade de prevenção da doença e de promoção da saúde (39,40). Atualmente, os “médicos de pés descalços” são conhecidos como os “médicos da vila”.

A criação desta política e de outras medidas com objetivos similares, como por exemplo a criação de departamentos de medicina integrativa de MTC e de MC nos hospitais e nas escolas de medicina convencional da RPC, foram fundamentais para a preservação e para o progresso da MTC, e para que, atualmente, a MTC seja considerada como uma MT&C adaptada às necessidades da contemporaneidade (27,34).

Para que o desenvolvimento futuro da MTC seja positivo, isto é, para que não seja novamente reprimido, é essencial que o estudo e o trabalho sobre os seus pressupostos tenha em consideração as visões filosóficas sobre o mundo e as ideias científicas das diferentes épocas, que se contemple a análise da relação entre o pensamento tradicional e

as ideais atuais, que se observe o meio social e o contexto económico em que as ideais se desenvolveram e prosperaram, e que se considere as pressões que levaram ao aperfeiçoamento e estabilização das ideias (41). Caso estes quatro aspetos sejam levados em consideração e a postura autoritária e separatista de determinados atores da comunidade internacional seja substituída por uma postura moderada, recetiva e integrativa, poderemos de forma harmoniosa e benéfica – tal como sugerido pela Dr.<sup>a</sup> Margaret Chan (14) – compreender em que medida os procedimentos tradicionais mais seguros e eficazes podem complementar de forma progressiva os procedimentos mais eficientes da modernidade (25).

Atualmente, a MTC encontra-se perfeitamente enraizada no sistema de saúde e de educação chinês, e os moldes de prática educativa e profissional regem-se pelos mais elevados padrões científicos modernos. Em 2006, existiam 44 universidades de MTC, 75 universidades de MC e 126 universidades não médicas que conferiam graus de formação em MTC na RPC, e, nesse mesmo ano, foram emitidas um total de 81.041 graduações em MTC (12). No presente, as formações em MTC combinam formação em MTC e MC, num rácio de 6:4 ou 5:5, o que revela uma tendência para a ocidentalização do ensino da área visto que o rácio em 1959 era de 7:3, com privilégio para o ensino da MTC.

Na RPC, a atividade terapêutica é realizada de forma integrada, com a MTC e a MC a cooperarem em todos os níveis de cuidados de saúde, públicos e privados (2). Embora os médicos recomendem a medicina que melhor se adequa ao problema do utente, a escolha por utilizar uma ou outra medicina cabe em última instância ao cidadão. Em 2006, o número de médicos de MTC em hospitais era de 166.614, o número de farmacêuticos de MTC era de 21.324 e o número de médicos assistentes em MTC era de 28.154 (12). Nas clínicas de saúde, 17,4% dos médicos praticava exclusivamente MTC e 32,3% praticava medicina integrativa.

Embora atualmente o investimento nos hospitais generalistas seja superior ao investimento nos hospitais exclusivos de MTC, os hospitais exclusivos de MTC correspondem a 13,8% do número total de hospitais na RPC e os hospitais de medicina integrativa correspondem a 1,1% (12). Embora os custos com a prática da MTC sejam inferiores aos custos associados à prática da MC, o investimento superior nos hospitais

generalistas deve-se à produção de margens financeiras superiores associadas à toma de medicação ocidental. O facto da medicação ocidental permitir uma margem de ganhos financeiros superiores é apontado como um fator que induz a utilização excessiva de medicação ocidental, inclusivamente nos hospitais de MTC (12). Ainda assim, os ganhos obtidos com a medicina herbal chinesa corresponde a 22% de todos os ganhos obtidos com a medicação em hospitais de MTC. Considerando outras fontes de ganhos, 55,5% dos ganhos obtidos em hospitais de MTC não estão relacionados com a prescrição de medicamentos ocidentais ou de MTC, mas com outras áreas terapêuticas da MTC.

Segundo dados governamentais, 90% dos hospitais generalistas na RPC incluem departamentos de MTC e realizam tratamentos de MTC a doentes em internamento ou em ambulatório (2). Este dado é ampliado pelo facto de, em 2006, existir 2665 hospitais de MTC e 211 hospitais de medicina integrativa (12). Nesse mesmo ano, e tendo em conta o número total de consultas de MTC realizadas em ambulatório, 28% das consultas foram realizadas em hospitais de MTC e 10% das consultas foram realizadas em outros hospitais. As restantes consultas foram realizadas em centros de serviços de saúde comunitários (40%), em centros de saúde (16%) e em clínicas privadas ou outros (7%).

Considerando os dados anteriormente expostos que revelam os níveis elevados de recurso à MTC em território chinês, e que, consequentemente, sublinham a segurança dos seus métodos clínicos, nos dias de hoje ainda é possível observar manifestações de preconceito em determinados setores da comunidade ocidental relativamente à MTC. Apesar da base teórica exclusiva, da evolução científica observada no último século, da história clássica particularmente rica e do reconhecimento histórico da importância da MTC para a saúde dos povos asiáticos, o preconceito relativamente à MTC é instigado por fatores sociais e culturais que historicamente conduzem ao afastamento dos povos. Esta postura coletiva de divisão é ampliada pelo facto dos processos de decisão clínica da MTC serem extremamente dinâmicos, e pelo facto da teoria e das práticas da MTC terem sido construídas e refinadas pelos médicos tradicionais chineses através da combinação do pensamento análogo e das observações sistemáticas dos tratamentos (5,23,34,42).

O método de construção de conhecimento utilizado na antiguidade chinesa pelos médicos tradicionais, que resultou de um processo milenar de acumulação continuada de

conhecimento, está, efetivamente, distante dos padrões que na atualidade podemos considerar como sendo os ideais para a construção do conhecimento. No entanto, e devido à MTC ser anterior às ciências modernas ocidentais e ao método adotado pelos praticantes ser o único método disponível na época, a sua utilização era a única forma de garantir a evolução do conhecimento (41,43). Caso a compreensão histórica deste contexto seja efetivada, será então possível à comunidade internacional orientar o foco do seu estudo para a observação, para a análise dos efeitos e para a verificação da validade das teorias, e não para o julgamento sobre o método de construção do conhecimento.

A postura de respeito por aqueles que nos antecederam e que trabalharam o conhecimento com os instrumentos que tinham à disposição, é o fator decisivo para que o preconceito não promova uma vez mais a perda de conhecimento, que, um dia, poderá ser determinante para que se ultrapassem determinados problemas de saúde pública, independentemente destes se localizarem nos países de baixa, de média ou de alta renda.

Nos últimos anos, de forma a responder à resistência de determinados setores e justificar a relevância dos métodos terapêuticos da MTC, têm sido realizadas milhares de investigações em todo o mundo de acordo com os padrões científicos modernos (12). Contudo, a especificidade e o dinamismo prático da MTC expõem os investigadores a desafios complexos, nomeadamente na definição dos métodos estatísticos mais adequados para aferir sobre as reais relações causais. Na literatura, a maioria dos erros apontam para a não uniformidade metodológica ou para a aplicação indevida dos métodos estatísticos, sendo esta a principal justificação para a existência de um elevado número de artigos inconclusivos (42,44).

Porém, é obrigatório denunciar que as dificuldades que se encontram para a produção de prova não estão diretamente relacionados com os métodos clínicos da MTC, mas com o atraso na criação de normas de prática clínica e com a inadequação dos métodos de investigação contemporâneos a uma prática que tem um paradigma de pensamento próprio e um conjunto de procedimentos de diagnóstico e de intervenção distintos (43). Para que se possa ultrapassar as dificuldades apresentadas e para que seja reduzida a complexidade na produção de conhecimento relativamente à eficácia e à eficiência dos métodos da MTC, é imperativo e urgente a criação de normas nacionais e/ou

internacionais que equalizem os procedimentos clínicos dos profissionais da MTC e, consequentemente, que permitam a produção de evidência de qualidade.

Não obstante as dificuldades visíveis para a produção de prova imediata, que é uma das necessidades atuais de uma sociedade global que exaspera constantemente e ansiosamente pela produção de respostas imediatas, é possível verificar um aumento significativo no número de institutos nacionais de investigação dirigidos às MT&C (6).

Em 2018, e segundo a OMS, 39% dos países membros da OMS possuía institutos nacionais de investigação relativos às MT&C (6). O valor proporcional mais elevado foi observado na região do sudeste asiático com 64% dos países a reportar ter institutos nacionais de investigação dirigidos para as MT&C. Com um valor igualmente elevado, surge logo de seguida a região africana com 62%. No polo oposto, a região europeia apresenta o valor mais baixo, com apenas 21% dos países a reportar possuir institutos de natureza similar. Os países da região europeia que possuem institutos nacionais de investigação dirigidos para as MT&C são o Cazaquistão, a Dinamarca, a Federação Russa, a Hungria, a Itália, a Macedónia, a Noruega, a Polónia, o Quirquistão, a Ucrânia e a Turquia. Entre os institutos nacionais de investigação de referência que aconselham a utilização da MTC, destaca-se o *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH) nos Estados Unidos da América, e o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) no Reino Unido (45,46,47).

Segundo o NCCIH, é referido sobre a MTC que a acupunctura pode auxiliar a aliviar a dor crónica como a lombalgia, a cervicalgia, a gonialgia ou a síndrome do canal cárpico, e que o *tàijí* (leia-se tai chi) pode auxiliar a promover a qualidade de vida e a melhorar o humor em insuficientes cardíacos, a reduzir as dores nas costas, a reduzir e a auxiliar os pacientes a lidar com a dor nos casos de fibromialgia e de osteoartrite no joelho, e a melhorar o equilíbrio e a estabilidade em idosos e doentes de Parkinson (45). No âmbito da medicina herbal chinesa, e devido à qualidade pobre que é apontada aos estudos, o NCCIH refere não ser possível tirar conclusões sobre a sua efetividade.

Por outro lado, o NICE, que no Reino Unido é a entidade responsável pela produção de orientações e aconselhamentos que visam direcionar os profissionais para a adoção

de práticas que melhoram os cuidados de saúde e os cuidados sociais, no esboço das *guidelines* relativas ao tratamento da dor crónica primária, publicado em Agosto de 2020, considera a Acupunctura – no âmbito do sistema oriental ou ocidental – como um tratamento clinicamente eficaz a curto prazo (até 3 meses) (46,47). O comité do NICE considera ainda que o modelo económico, baseado em duas relevantes avaliações económicas, demonstra que a Acupunctura é custo-efetiva para o tratamento da dor crónica primária, desde que os tratamentos sejam realizados na comunidade por um profissional de saúde de nível 7 ou inferior <sup>2</sup>, e desde que a duração total dos tratamentos não ultrapasse as 5 horas (46,47). Segundo a mesma publicação, atualmente não existem estudos que permitam sustentar se os tratamentos de Acupunctura são eficazes a longo prazo para a dor crónica primária.

Nas *guidelines* do NICE, é igualmente aconselhada a prática física para ultrapassar a dor crónica primária através da realização de exercícios em grupo supervisionados que promovam a atividade cardiovascular, o fortalecimento físico e a relação mente-corpo. Como base justificativa para esta orientação verifica-se a inclusão de um conjunto elevado de estudos relativos à realização de atividades físicas relacionadas com a MTC, nomeadamente as práticas de *tàijí* ou de *qígong* (leia-se chi kung) (46,48).

Considerando os dados apresentados e que têm em conta a análise de diferentes estudos que isolam os métodos terapêuticos da MTC, é, no entanto, obrigatório sublinhar que a análise da eficácia e da eficiência da MTC é sistematicamente realizada de forma fragmentada, e está desajustada do contexto clínico quotidiano de um profissional da área.

A forma como a MTC é apresentada e explicada no ocidente, e que resulta da referida “ocidentalização da medicina chinesa”, produz a ideia de que o potencial clínico e social desta área resulta do funcionamento isolado dos seus métodos de intervenção. Porém, a visão científica que se consolida no ocidente distorce os fundamentos que estão na base da intervenção clínica da MTC, e não permite compreender que o real potencial da área resulta do somatório dos efeitos dos seus diferentes métodos de intervenção. Devido à

---

<sup>2</sup> Todas as qualificações dos profissionais do Reino Unido são associadas a níveis de dificuldade, sendo o nível mais elevado o que apresenta maior dificuldade. No total existem 8 níveis de qualificação. O nível 7 de qualificação corresponde aos graus de mestrados e às pós-graduações certificadas.

pressão científica ocidental, a necessidade de segmentar a MTC para facilitar a concretização dos estudos sobrepõe-se às necessidades da prática clínica. Este fator é responsável pela descaracterização da área e não torna evidente que um especialista de MTC não é apenas um acupuntor ou um mero profissional que prescreve matéria médica chinesa, mas é um profissional de saúde que aborda de forma holística o utente e que utiliza a um conjunto diversificado de recursos para tratar a doença e promover a saúde.

Nesse sentido, e em resultado da apropriação da visão holística na prática clínica, um especialista de MTC é um profissional de saúde que utiliza diferentes métodos de intervenção, entre os quais a medicina herbal chinesa, a acupuntura, a dietética chinesa, a massagem *tuina*, os métodos de promoção da saúde e da longevidade, e os exercícios energéticos que visam a proteção e o desenvolvimento da mente e do corpo, onde se inclui, por exemplo, as práticas energéticas do *qìgōng* e do *tàijí* (4,13,49).

No entanto, quando se pretende efetivamente conhecer a MTC deve-se compreender que a importância desta área não se restringe aos efeitos produzidos pelos seus métodos terapêuticos. Em resultado da incorporação histórica de princípios filosóficos holísticos no pensamento e na prática clínica, os especialistas de MTC dispõem ainda de um conjunto variado de instrumentos de abordagem psicológica que permitem modelar a forma do indivíduo se auto observar e que permite relativizar a forma como o indivíduo observa a realidade que o rodeia, independentemente das adversidades que possam existir ou surgir no contexto biológico, familiar, social ou cultural. Estes instrumentos de abordagem psicológica são utilizados em todas as fases do processo terapêutico.

Dado o potencial da MTC para orientar e/ou moldar os pensamentos, assim como as relações e as atividades quotidianas em benefício daqueles que as experienciam, a MTC pode ser considerada como uma terapêutica moderna e ajustada às necessidades e aos desafios contemporâneos. Embora a MTC seja uma medicina milenar, a sua teoria básica incorpora os pressupostos que estão implícitos num conceito de saúde criado recentemente, há menos de meio século (em 1979), pelo sociológico americano Aaron Antonovsky: a salutogénese (50). Os princípios que estão na base da criação deste conceito, e que visam o estudo dos fatores que levam o indivíduo a manter-se saudável, foram profundamente estudados há mais de dois mil anos pelos anciãos chineses, e o seu

conhecimento está exposto em alguns clássicos chineses milenares, como por exemplo o *Huang Di Nei Jing*, o Clássico de Medicina Interna do Imperador Amarelo (51). Devido à incorporação deste conceito em toda a estrutura teórica e prática da MTC, a salutogénese predomina sobre a patogénese e os profissionais desta área aplicam diariamente os seus pressupostos em todas as fases do processo clínico. Relativamente à MC, a salutogénese é atualmente considerada como uma das teorias mais importantes para a promoção da saúde e como sendo determinante para a transição na abordagem clínica ocidental (50).

Atendendo ao exposto, é então correto considerar que um especialista de MTC, para além de ser um profissional de saúde que tem em vista o tratamento das enfermidades através de um processo construtivista que aponta ao positivismo, é um profissional de saúde que cria estratégias que permitem empoderar o indivíduo na tomada de decisão sobre a sua própria saúde, e que permitem promover o bem-estar e a qualidade de vida através do desenvolvimento da plasticidade do pensamento individual e coletivo.

### **2.1.2. Compêndio da MTC e publicações clássicas relevantes**

Na atualidade, um especialista de MTC é um profissional de saúde que tem uma ação clínica de largo espectro e que utiliza um leque diversificado de abordagens terapêuticas. A amplitude de intervenção dos especialistas de MTC deriva do facto destes profissionais estarem aptos para a prescrição de matéria médica chinesa, para a aplicação de técnicas terapêuticas diretamente no corpo do paciente – nomeadamente através da realização de técnicas de acupuntura ou de *tuina* –, para a análise e para modificação da dieta de um indivíduo ou agregado familiar, para a prática de atividade física e para a recomendação de exercícios energéticos adaptados ao quadro clínico geral, e para a promoção de hábitos de vida saudável ajustados ao contexto individual, familiar e social. Estrategicamente, um especialista da área tende a agir a um nível multidisciplinar e, em todos os momentos de intervenção, tem em consideração o “jogo de forças” que é estabelecido entre os fatores que promovem a saúde e os fatores que levam à doença. Devido ao uso de uma abordagem clínica ágil, o método geral de intervenção da MTC pode ser considerado como dinâmico.

Para a concretização das tarefas supracitadas, antes de qualquer intervenção terapêutica o especialista de MTC deve realizar obrigatoriamente um diagnóstico

diferencial – *bian zheng* – segundo os princípios teóricos da MTC, nomeadamente segundo os princípios que decorrem da teoria dos *jing luo*, da teoria do *yin yang*, da teoria do *wu xing*, da teoria do *zang xiang* e da teoria do *qi* (43,52,53).

Na MTC, e devido à incorporação da visão holística na prática clínica, uma queixa não é por norma o distúrbio exclusivo de uma parte específica do corpo mas o resultado do desequilíbrio generalizado que se reflete num determinado local ou sistema (54). Por esse motivo, um profissional da área tende a examinar outras partes do corpo que, aparentemente, e segundo a MC, não estão relacionadas com a queixa principal ou com o sistema afetado. A necessidade de observar a pessoa e a doença de forma única e global conduz os profissionais da área a avaliar a maioria dos sintomas e dos sinais clínicos apresentados pelo utente. A abordagem holística aplicada ao diagnóstico permite ao profissional da área conhecer em detalhe o quadro semiológico geral do indivíduo, e, conseqüentemente, permite-lhe conhecer, no presente e de forma pormenorizada, o estado geral de saúde e de doença do indivíduo. Embora o método de avaliação semiológico seja utilizado preferencialmente nas consultas de primeira vez, ele é igualmente utilizado nas consultas de seguimento.

Para realizar um diagnóstico diferencial segundo os princípios teóricos da MTC, é necessário aplicar os oito princípios básicos de diagnóstico (interior e exterior; quente e frio; vazio e plenitude; *yin* e *yang*) a quatro métodos de diagnóstico: o interrogatório; a observação; a auscultação e olfação; a tomada de pulso e palpação (52,55). O diagnóstico produzido é denominado de diferenciação de síndromes e resulta da agregação de sintomas e de sinais clínicos de alto valor semiológico (5,56,57).

Recentemente, e em resultado do desenvolvimento da medicina integrativa e do aumento do interesse sobre a área, a diferenciação de síndromes da MTC foi incorporada no diagnóstico biomédico integrativo e é considerada como sendo benéfica para o progresso das ciências da biologia (5). Na décima primeira revisão da OMS relativa à Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde (CID-11), foi incluído, pela primeira vez, um capítulo suplementar – o vigésimo sexto – somente dedicado às medicinas tradicionais e complementares (58). Contudo, quando o capítulo em questão é analisado em detalhe, é possível constatar que este se refere

exclusivamente à abordagem utilizada na MTC uma vez que as classificações das doenças e dos sintomas estão de acordo com o método de categorização das doenças segundo a MTC (tabela 1).

**Tabela 1.** Organização das desordens e síndromes da medicina tradicional de acordo com o módulo I do capítulo suplementar das condições de medicina tradicional do CID-11

| <b>Desordens da medicina tradicional</b>       | <b>Síndromes da medicina tradicional</b>      |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Desordens do sistema de órgãos                 | Síndromes baseadas nos princípios             |
| Outras desordens do sistema corporal           | Síndromes relacionadas com fatores ambientais |
| Desordens do qi, sangue e fluídos              | Síndromes dos constituintes do corpo          |
| Desordens mentais e emocionais                 | Síndromes do sistema de órgãos                |
| Desordens de contração externa                 | Síndromes dos meridianos e colaterais         |
| Desordens associadas à infância e adolescência | Síndromes dos seis níveis                     |
|                                                | Síndromes do triplo aquecedor                 |
|                                                | Síndromes das quatro camadas                  |
|                                                | Síndromes dos quatro tipo constitucionais     |

**Fonte:** adaptação do capítulo suplementar de condições da medicina tradicional – Módulo I (capítulo 26): <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

A inclusão das desordens e das síndromes da MTC na décima primeira revisão da classificação internacional das doenças tem como objetivo normalizar o método de classificação das doenças, das síndromes e dos principais sintomas segundo a MTC. A normalização proposta, caso seja adotada pelos profissionais, pelas instituições de ensino e de investigação, pelas organizações de saúde e pelos diferentes países, poderá contribuir para a realização de estudos de nível de evidência superior e poderá ser determinante para a redução de estudos inconclusivos por motivos relacionados com a não uniformidade dos métodos ou dos conteúdos.

Entre as diferentes possibilidades de classificação do diagnóstico diferencial, o diagnóstico de acordo com as síndromes dos sistemas de órgãos é a classificação habitualmente utilizada para os quadros internos (ver exemplo de diferenciação de diagnóstico na tabela 2). O diagnóstico segundo as síndromes dos seis níveis, dos três

aquecedores e das quatro camadas são as classificações usualmente utilizadas para definir os quadros de invasão de fatores patogénicos externos (55). O diagnóstico segundo as síndromes dos quatro tipos constitucionais é a classificação utilizada quando se pretende agir em prevenção, e, nas situações em que a dor afeta a estrutura musculoesquelética ou os tecidos conjuntivos, o diagnóstico segundo as síndromes dos meridianos e dos colaterais é a classificação preferencialmente utilizada (56).

**Tabela 2.** Exemplo da diferenciação das síndromes do sistema de órgãos segundo o CID-11

| Padrões do sistema hepático                                                          |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Síndrome de deficiência do sistema <i>zu jue yin</i>                                 | <b>SF50</b> Síndrome de deficiência de yin do fígado                        |
|                                                                                      | <b>SF51</b> Síndrome de deficiência de yang do fígado                       |
|                                                                                      | <b>SF52</b> Síndrome de hiperatividade ascendente do yang do fígado         |
|                                                                                      | <b>SF53</b> Síndrome de deficiência de qi do fígado                         |
|                                                                                      | <b>SF54</b> Síndrome de deficiência de sangue do fígado                     |
| Síndrome de plenitude do sistema <i>zu jue yin</i>                                   | <b>SF55</b> Síndrome de depressão hepática e estase de sangue               |
|                                                                                      | <b>SF56</b> Síndrome de vento do fígado a agitar o interior                 |
|                                                                                      | <b>SF57</b> Síndrome de estagnação do qi do fígado                          |
|                                                                                      | <b>SF58</b> Síndrome de fogo do fígado a flamejar o alto                    |
|                                                                                      | <b>SF59</b> Síndrome de calor do fígado a estimular o vento                 |
|                                                                                      | <b>SF5A</b> Síndrome de humidade-calor no fígado e vesícula-biliar          |
|                                                                                      | <b>SF5B</b> Síndrome de humidade-calor do meridiano do fígado               |
| Síndrome de desarmonia do sistema <i>zu shao yang</i>                                | <b>SF5C</b> Síndrome de estagnação fria do meridiano do fígado              |
|                                                                                      | <b>SF5D</b> Síndrome de deficiência de qi da vesícula-biliar                |
|                                                                                      | <b>SF5E</b> Síndrome de depressão da vesícula-biliar com agressão de fleuma |
|                                                                                      | <b>SF5F</b> Síndrome de calor da vesícula biliar                            |
| Síndrome de desarmonia combinada entre o sistema <i>zu jue yin</i> e outros sistemas | <b>SF5G</b> Síndrome de frio da vesícula biliar                             |
|                                                                                      | <b>SF5H</b> Síndrome de deficiência de yin do fígado e do rim               |
|                                                                                      | <b>SF5J</b> Síndrome de desarmonia dos sistemas do fígado e do baço         |
|                                                                                      | <b>SF5K</b> Síndrome de desarmonia dos sistemas do fígado e do estômago     |
|                                                                                      | <b>SF5L</b> Síndrome de fogo do fígado a invadir o sistema do estômago      |
|                                                                                      | <b>SF5M</b> Síndrome do fogo do fígado a invadir o sistema pulmonar         |

**Fonte:** adaptação do subcapítulo “sistema de síndromes do fígado”, incluído no capítulo suplementar de condições da medicina tradicional – Módulo I (capítulo 26): <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Para além da influência sobre o diagnóstico, a abordagem holística tem igualmente influência sobre a tomada de decisão clínica e sobre os tratamentos de MTC (54,57). Em consequência deste facto, os protocolos clínicos de MTC não se limitam a induzir uma ação sobre a área debilitada, mas garantem que a intervenção será sobre todas as partes do corpo que podem influenciar a área que se encontra manifestamente em desequilíbrio. A visão holística da MTC, associada à conduta dos seus profissionais nos diferentes momentos da abordagem terapêutica, inclusivamente no momento do diagnóstico, permite aos especialistas da área personalizar os tratamentos às condições correntes dos indivíduos e favorece a utilização de uma linguagem de fácil compreensão para os cidadãos. A conjunção de todos estes fatores leva os profissionais da área a visar o tratamento do doente e não da doença. A postura clínica adotada favorece ainda o desenvolvimento da consciência do indivíduo sobre a sua condição de saúde, melhora a relação dos profissionais de saúde em geral com os utentes, e aproxima a medicina às comunidades.

Na atualidade, os indicadores apontam para que, no ocidente, a relação entre os profissionais da MC e da MTC tenda a melhorar. No entanto, até recentemente, o contexto raramente foi favorável para o progresso das relações interprofissionais. Como fatores promotores do afastamento, é necessário destacar a distância cultural e a desconfiança social que desde sempre existiu entre os países ocidentais e a RPC, e o facto de apenas recentemente o conhecimento médico chinês deixou de estar vedado aos ocidentais (29).

Nos dias de hoje, e devido ao interesse declarado do poder político chinês em transformar a MTC numa medicina global, os ocidentais podem finalmente aceder ao conhecimento médico tradicional chinês e às suas publicações clássicas mais importantes. Entre as publicações clássicas relevantes, as que despertam maior interesse aos ocidentais são o *Huang Di Nei Jing* (anexo B1) e o *Shang Han Lun*. Contudo, é essencial evidenciar que existe um número considerável de publicações clássicas (anexo C) que devem ser consideradas como determinantes para a compreensão do paradigma da MTC e para a definição de linhas de investigação futura (15).

Apesar da importância histórica e da relevância científica dos clássicos médicos chineses, o método de registo e a linguagem adotada na antiga China é consideravelmente

diferente do método de registo e da linguagem contemporânea. Este fator é determinante para a dificuldade de compreensão de partes das suas matérias e para que determinados setores da sociedade ocidental produzam focos de resistência à sua utilização. Como fator de agravamento para a dificuldade de utilização e de compreensão dos conteúdos que estão inseridos nos antigos documentos médicos chineses, é necessário denunciar que parte das traduções realizadas pelos ocidentais remetem de forma errónea conteúdos mensuráveis para o campo da metafísica. Esta ocorrência é justificada pelo facto de algumas traduções terem sido, ao longo do tempo, realizadas por indivíduos com conhecimentos frágeis nas ciências da saúde (15).

No centro das discussão científica encontra-se a teoria dos *jing luo*, a teoria dos meridianos. Na atualidade, esta teoria desperta o interesse dos académicos chineses e ocidentais porque permite observar o corpo humano de forma singular e distinta, e o seu desenvolvimento está associado ao elevado conhecimento anatómico que os chineses possuíam na antiguidade (59,60). Embora na sua essência esta teoria não seja análoga ao conhecimento da ciência ocidental sobre a anatomia e sobre a organização dos diferentes sistemas do corpo humano, é, desde sempre, uma teoria fundamental para as práticas da MTC. Esta teoria, devido a encontrar-se no centro da prática da acupunctura, é indispensável que seja conhecida pelos profissionais da área. Todavia, os princípios da teoria dos *jing luo* não são exclusivos da acupunctura, e são igualmente importantes para o diagnóstico e para a definição das estratégias terapêuticas dos restantes métodos da MTC, designadamente da farmacologia chinesa, da massagem *tuina* e do *qí gong* (60,61).

A formação da teoria dos meridianos iniciou-se após se descobrir que a estimulação de determinados pontos no corpo humano melhorava determinadas doenças ou condições de saúde, e que a estimulação de um conjunto de pontos melhorava o quadro energético de determinados órgãos ou vísceras (37). A associação dos efeitos observados após a estimulação de determinados pontos, ou áreas do corpo, ao conhecimento existente sobre os diferentes sistemas de órgãos permitiu a evolução gradual da teoria e conduziu à compreensão do funcionamento geral do organismo humano.

De acordo com a teoria dos meridianos, o corpo é constituído por uma rede de vasos que são responsáveis pela regulação de todo o corpo e pela ligação de todas as partes entre

si (52,62). A rede de vasos é denominada como *jing luo*, em que *jing* significa canal, caminho ou trajeto e *luo* significa colateral, rede ou conexão (anexo B2). No entanto, e devido a Soulié de Morant ter inicialmente traduzido *jing luo* como meridianos, a teoria caiu de imediato em descrédito, e determinados setores da comunidade científica ocidental apontam inclusivamente o nome como uma prova do desvalor (31,37).

No entanto, e após a criação da RPC, os médicos ocidentais chineses e os médicos responsáveis pela normalização das práticas da MTC uniram esforços para explicar a teoria dos *jing luo* à luz da MC. Devido à reunião dos saberes, e embora tenham ficado diversas questões por responder, sobretudo no âmbito da biologia, foi possível compreender que o trajeto dos meridianos estava relacionado com o sistema nervoso e com a rede de circulação sanguínea e linfática (37). Desde então, têm sido publicadas diversas explicações para o funcionamento dos *jing luo* e para as relações que estas redes – especialmente dos *jing mai* (meridianos principais) e dos *qi jing ba mai* (oito meridianos extraordinários) – estabelecem com as diferentes estruturas do corpo (60). Contudo, e até hoje, nenhuma proposta foi adotada pela comunidade científica como sendo definitivamente explicativa. No presente, o trajeto dos *jing mai* e dos *qi jing ba mai* está descrito anatomicamente de forma precisa, sendo este facto determinante para que se possa estudar os efeitos que decorrem da estimulação dos pontos energéticos, e para que se possa explicar a relação destes pontos e da rede de meridianos com os diferentes sistemas de órgãos (59).

Tal como a teoria dos meridianos, a teoria do *yin yang*, a teoria do *zang xiang*, a teoria dos *wu xing* e a teoria do *qi* têm um papel fundamental em toda a estrutura teórica e prática da MTC uma vez que a integração dos seus conceitos permite, de forma diferenciada, explicar os processos fisiológicos e patológicos do corpo humano e os processos que conduzem à manutenção do estado de saúde. A criação das quatro teorias resulta da experiência acumulada durante milhares de anos pelos chineses, e a teoria do *ying yang* e do *wu xing* têm, inclusivamente, como objetivo explicar todos os fenómenos da natureza (62). No âmbito da medicina, as quatro teorias contribuem de forma significativa para a compreensão da relação que existe entre o estado de saúde e o estado manifesto de doença, e os seus princípios são responsáveis pela estruturação do diagnóstico e pela definição das estratégias terapêuticas (53).

Em síntese, a teoria do *yin yang* permite analisar e descrever dicotomicamente a estrutura e o funcionamento do corpo humano através da integração de quatro princípios a um conceito dual: <sup>(1)</sup> o *yin yang* são divisíveis; <sup>(2)</sup> o *yin yang* enraízam-se mutuamente; <sup>(3)</sup> o *yin yang* equilibram-se; <sup>(4)</sup> e o *yin yang* convertem-se reciprocamente (62). Contudo, quando se recorre à teoria do *yin yang* é indispensável compreender que o *yin yang* é um conceito abstrato que deve ser entendido como o resultado de um processo dialético que não tem em vista a definição biológica mas a compreensão dos fenómenos e a distinção das suas particularidades. O entendimento deste facto, assim como a incorporação correta dos seus quatro princípios, garante a não interpretação grosseira do conceito e garante a não aplicação indevida à medicina e à biologia.

Por outro lado, através da teoria do *wu xing* (cinco movimentos) é possível estudar os processos fisiológicos e patológicos dos órgãos, das vísceras e das diferentes partes do corpo através da realização de analogias e, em determinadas situações, generalizações (62). Nesta teoria são utilizados cinco conceitos: a madeira, o fogo, a terra, o metal e a água. Segundo esta teoria, cada um dos conceitos é associado a um sistema de órgãos, e a relação que é estabelecida entre os cinco movimentos decorre de quatro ciclos: o ciclo de produção e o ciclo de controlo (ciclos fisiológicos); o ciclo de agressão e o ciclo de contra dominação (ciclos patológicos). Através do estudo desta teoria, pode-se explicar a evolução da doença e compreender a estrutura de organização do organismo humano (52).

Da mesma forma, a teoria do *qì* utiliza o conceito de *qì* para explicar os processos fisiopatológicos, e, de acordo com esta teoria, o *qì*, o sangue e os líquidos orgânicos são os constituintes básicos do organismo, e o *qì*, o corpo e a mente são os “três tesouros da vida” (24,52,63). Segundo a teoria do *qì*, o *qì* é uma unidade energética diferenciada, sendo a matéria igualmente uma forma de *qì*. Na medicina, a capacidade de um indivíduo manter a saúde é designado como *zheng qì* e os processos externos que conduzem à manifestação da doença é denominado como *xie qì* (63). Na atualidade, o conceito de *qì* não tem uma tradução definitiva, contudo, *qì* pode ser entendido como “energia” ou “vibração” (24). Ao contrário do *yin yang*, o *qì* não é um conceito abstrato, no entanto, ainda não existe justificação biofísica ou bioquímica vinculativa para a sua expressão no corpo humano. Em resumo, as funções gerais do *qì* são: <sup>(1)</sup> promover o crescimento, o desenvolvimento e o correto funcionamento de todos os sistemas do corpo; <sup>(2)</sup> regular a

temperatura corporal; <sup>(3)</sup> manter o estado de saúde e proteger o corpo dos fatores patogénicos externos; <sup>(4)</sup> controlar as funções dos diferentes sistemas do corpo humano; e <sup>(5)</sup> promover os processos de transformação dos constituintes básicos do organismo (52).

Por fim, a teoria do *zang xiang*, em que *zang* significa órgãos internos e *xiang* significa fenómeno fisiopatológico manifesto, permite aos especialistas de MTC estudar as funções fisiológicas, as transformações patológicas e as relações que se estabelecem entre os órgãos (coração, pulmão, baço, fígado e rins), as vísceras (intestino delgado, intestino grosso, estômago, vesícula biliar, bexiga, triplo aquecedor) e as estruturas que na MTC são consideradas como órgãos extraordinários (cérebro, útero, medula, ossos, vasos, e, novamente, a vesícula biliar) (53). A teoria do *zang xiang* depende do conhecimento desenvolvido pelas restantes teorias, estando as suas estruturas explicativas relacionadas com os pressupostos das teorias anteriormente mencionadas.

## **2.2. Enquadramento legal e socioprofissional da MTC em Portugal**

### **2.2.1. Contexto legal da MTC**

Tendo em conta as atividades profissionais reguladas na área da saúde em Portugal, a MTC é uma terapêutica recente no panorama de saúde e é uma das sete TNC reguladas na Lei nº 71/2013 de 2 de setembro, que regulamenta a Lei nº 45/2003 de 22 de agosto referente ao enquadramento da atividade e do exercício dos profissionais que aplicam as terapêuticas não convencionais (19). As restantes atividades profissionais reguladas na Lei nº 71/2013 de 2 de setembro são a Acupuntura, a Fitoterapia, a Homeopatia, a Naturopatia, a Osteopatia e a Quiropráxia. Na lei aprovada na Assembleia da República sem votos contra, reconhece-se a autonomia técnica e deontológica dos profissionais das TNC (artigo 3.º), tal como foi definido pela OMS e referenciado na Lei nº 45/2003 de 22 de agosto, aprovada por unanimidade na Assembleia da República (18).

### **2.2.2. Evolução legislativa das TNC e regulação da MTC**

Oficialmente, o início do processo de regulação das TNC não decorreu de forma simultânea para as diferentes áreas uma vez que inicialmente foi publicada uma resolução

exclusiva à regulação da osteopatia. A Resolução n.º 64/2003 de 28 de julho recomendava ao governo que a) elaborasse um estudo para indicar o tipo de organismo e o método para regular a organização, a ética e o ensino da osteopatia, e b) criasse uma comissão para certificar os cursos nacionais e acreditar os profissionais formados no estrangeiro (66).

No entanto, no mesmo ano, foi publicado em Diário da República a Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto referente ao enquadramento base das Terapêuticas Não Convencionais (18). Através da referência à definição da OMS para as MT&C (artigo 1.º), para além do reconhecimento da Osteopatia como uma TNC, também foram reconhecidas as atividades de Acupunctura, Homeopatia, Naturopatia, Fitoterapia e Quiropráxia (artigo 3.º).

Embora na Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto a Medicina Tradicional Chinesa não fosse reconhecida como uma TNC, o facto da Acupunctura e da Fitoterapia – disciplinas integrantes da MTC – serem reconhecidas como TNC, permitia aos profissionais da área acreditar na possibilidade de um futuro reconhecimento da sua atividade, tal como ela é efetivamente praticada. Caso a atividade profissional da MTC não viesse a ser regulada, a regulação da acupunctura e da fitoterapia permitia aos profissionais de MTC exercer legalmente enquanto acupunctores ou fitoterapeutas.

Na Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto foi definida a qualificação e o estatuto dos profissionais (capítulo II), onde se destaca a preservação da autonomia técnica e deontológica dos profissionais (artigo 5.º) e foi definido que a prática das terapêuticas não convencionais – independentemente da área das TNC – apenas pode ser efetuada, obrigatoriamente, por profissionais legalmente habilitados e credenciados (artigo 10.º). A tutela e a credenciação profissional ficaram a cargo do Ministério da Saúde (artigo 6.º) e foi criada uma comissão técnica para estudar e propor os parâmetros gerais de regulamentação do exercício das TNC (artigo 8.º). No artigo 8.º ficou ainda definido que a comissão cessaria a sua atividade em 2005, data em que era esperada a conclusão do processo de regulação da credenciação, formação e certificação dos profissionais. Na lei foram, ainda, definidos os direitos dos utentes (capítulo III), e o enquadramento fiscal, sancionatório e de infrações (capítulo IV). Por fim, foi definido que a regulamentação da lei deveria ocorrer 180 dias subsequentes à sua publicação (artigo 19.º) (18).

No entanto, os prazos decretados pela Assembleia da República não foram cumpridos e verificou-se um interregno de mais de 8 anos até ser feita uma nova publicação em Diário da República relativa às TNC. Devido à interrupção e ao não cumprimento do estabelecido, foi aprovada por unanimidade na Assembleia da República a Resolução n.º 146/2011 de 9 de novembro, na qual a Assembleia da República recomendou ao governo que retomasse com urgência os trabalhos relativos à regulamentação da Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto (67).

Dois anos após a Resolução n.º 146/2011 de 9 de novembro, foi publicado em Diário da República a Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro que regulamenta a Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto e que regula o acesso às profissões das TNC, no sector público e privado (artigo 1.º). Na lei foram reconhecidas sete Terapêuticas Não Convencionais como profissões de saúde (artigo 2.º), nomeadamente as seis terapêuticas que foram reconhecidas na Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto, e a Medicina Tradicional Chinesa, que anteriormente não tinha sido incluída (19).

Na Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro são definidos os termos para acesso à profissão, e a ACSS é indicada como a entidade responsável pela emissão das cédulas profissionais (artigo 6.º). Aos profissionais das TNC é exigido um seguro profissional (artigo 10º) e são definidas regras para a gestão de informação e comunicação com os utentes (artigo 9º). Na lei que regula o acesso às profissões das TNC, são nomeadas as entidades responsáveis pela fiscalização e controlo (artigo 12.º), o regime sancionatório (artigo 13.º) e as sanções acessórias que podem ir até ao cancelamento da cédula profissional (artigo 14.º) (19).

No artigo 17.º da Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro é referida a criação do Conselho Consultivo para apoiar o Ministério da Saúde no âmbito do exercício, formação, regulamentação e regulação das profissões previstas na lei, e é apresentada a estrutura do Conselho (artigo 18º) (19). Contudo, as competências do Conselho Consultivo apenas foram definidas 5 meses após, na Portaria n.º 25/2014 de 3 de fevereiro, e os membros que compuseram o Conselho Consultivo apenas foram anunciados mais de um ano após a publicação da Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro, pelos gabinetes dos secretários de

Estado Adjunto do Ministério da Saúde, do Ensino Superior e do Emprego, no Despacho n.º 12337/2014 de 7 de outubro (68,69).

Para que fosse possível a emissão das cédulas profissionais pela ACSS tal como fora decretado na Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro, foi publicado pelo Ministério da Saúde a Portaria n.º 181/2014 de 12 de setembro que visou a criação do grupo de trabalho para a avaliação curricular dos profissionais das TNC. Na portaria publicada, foi indicada a composição do grupo de trabalho, as suas atribuições e os critérios para a apreciação curricular dos profissionais das TNC (70). A complementar a Portaria n.º 181/2014, foi publicado no mesmo dia, pelo mesmo Ministério, a Portaria n.º 182-B/2014 de 12 de setembro que aprova as regras a aplicar para o requerimento e emissão da cédula profissional que permite o exercício das profissões relativas às TNC, tal como designado no artigo 2.º da Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro (71).

A 8 de Outubro de 2014, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Ciência, e de acordo com as propostas e recomendações da Organização Mundial da Saúde, publica sete portarias, cada uma referente a uma das profissões que constam na Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro. As portarias publicadas visam fixar a caracterização e o conteúdo profissional do acupuntor (72), do especialista de Medicina Tradicional Chinesa (20), do fitoterapeuta (73), do homeopata (74), do naturopata (75), do osteopata (76) e do quiroprático (77).

Dada a definição do perfil dos profissionais das diferentes áreas das TNC, a 5 de junho de 2015 são publicadas cinco portarias, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Educação e Ciência, que regulam os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelos ciclos de estudo que visam conferir o grau de licenciado em Acupunctura (78), Fitoterapia (79), Naturopatia (80), Osteopatia (81) e Quiropráxia (82). Dois anos e meio após, a 9 de Fevereiro de 2018, é publicado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, a portaria que regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos que confere o grau de licenciado em Medicina Tradicional Chinesa (21). Atualmente, permanece em falta a publicação de portaria similar para a Homeopatia, não estando anunciada uma data prevista para a publicação.

Após a publicação da Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro, foram publicadas duas alterações à lei. A primeira modificação aconteceu em 2017, com a publicação da Lei n.º 1/2017 de 16 de janeiro para aditamento do artigo 8.º-A à Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro. Segundo o artigo aditado, aos profissionais das TNC passou a ser aplicado o mesmo regime de imposto sobre o valor acrescentado das profissões paramédicas (83).

Em 2019 procedeu-se à segunda alteração da Lei n.º 71/2013, com a publicação da Lei n.º 109/2019 de 9 de setembro que modifica o regime de atribuição de cédulas profissionais através da alteração do artigo 19.º (84). Com a modificação do artigo 19.º, ficou definido que até dia 31 de dezembro de 2025 ou até à atribuição do primeiro grau de licenciado relativo a cada uma das terapêuticas não convencionais regulamentadas, será possível solicitar a cédula profissional junto da ACSS para aqueles que concluíram a sua formação em instituições não integradas no ensino superior ou em instituições de ensino superior não conferente de grau superior. A alteração à lei é exclusivamente destinada aos estudantes que terminaram a sua formação após o dia 2 de Outubro de 2013, e surgiu em consequência da Resolução n.º 262/2017 de 30 de Novembro (85). Devido à Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro não ter definido um período de transição, a alteração à lei garantiu equidade no acesso à profissão para aqueles que, após 2013 e sem alternativa de formação no ensino superior, continuaram a realizar as suas formações em instituições não integradas no ensino superior ou em instituições de ensino superior que não conferiam o grau superior.

Em resultado da publicação das portarias relativas aos ciclos de estudo que conferem o grau de licenciado em áreas das TNC, em 2016 são publicados dois despachos, o Despacho n.º 8635/2016 de 22 de junho e o Despacho n.º 8636/2016 de 22 de junho relativos à autorização e ao funcionamento da estrutura curricular dos primeiros ciclos de estudos das TNC em Portugal, no Instituto Jean Piaget (64,65). Os ciclos de estudos aprovados para a Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia e para a Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve conferem o grau de licenciado em Osteopatia. Nesse mesmo ano foram aprovados mais cursos de licenciatura em Osteopatia em outras instituições de ensino superior em Portugal (tabela 3). Posteriormente, em 2017, é publicado pelo Instituto Politécnico de Setúbal o Despacho n.º 8636/2017 de 29 de setembro relativo à aprovação do primeiro ciclo de estudos que conduz ao grau de

licenciado em Acupuntura, a funcionar na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (88).

**Tabela 3.** Cursos relativos às terapêuticas não convencionais acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

| Ano  | Licenciatura            | Instituição                                                                    |
|------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 2016 | Osteopatia              | Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia – Instituto Piaget   |
| 2016 | Osteopatia              | Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve – Ins. Pol. Jean Piaget do Sul |
| 2016 | Osteopatia              | Escola Superior de Saúde do Vale do Ave – Ins. Politécnico de Saúde do Norte   |
| 2016 | Osteopatia              | Escola Superior Tecnologia de Saúde do Porto – Instituto Politécnico do Porto  |
| 2016 | Osteopatia              | Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa                           |
| 2017 | Acupuntura <sup>3</sup> | Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal         |
| 2017 | Osteopatia              | Escola Superior de Saúde – Universidade Atlântica                              |
| 2017 | Osteopatia              | Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches                                       |
| 2018 | Acupuntura              | Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia                      |
| 2018 | Acupuntura              | Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches                                       |
| 2018 | Acupuntura              | Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa                     |
| 2018 | Osteopatia              | Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa                     |

Até à data, desconhece-se a aprovação de ciclos de estudos conducentes ao grau de licenciado em outras áreas das TNC, no entanto, em anos subsequentes foram aprovados mais ciclos de estudos nas áreas científicas da Acupuntura e da Osteopatia em outras instituições de ensino superior (tabela 3). Em 2020 foram atribuídos os primeiros graus de licenciatura em Osteopatia e para 2021 é esperado o término da formação para os primeiros licenciados de Acupuntura em Portugal.

Desde 2014, para além da publicação de legislação específica para as TNC, as TNC foram incluídas em outras leis aprovadas na Assembleia da República. Em 2014, na Lei n.º 21/2014 de 16 de abril referente à Investigação Clínica, as TNC são referenciadas duas

<sup>3</sup> Em 8 de janeiro de 2021, a acreditação do curso de Acupuntura da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal não foi renovado.

**Tabela 4.** Processo legislativo relativo à regulação da MTC em Portugal, para o período que decorre entre os anos de 2003 e 2020

| Ano  | Documento legal                                     | Descrição                                                                                                                       |
|------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2003 | <b>Lei n.º 45/2003</b><br>de 22 de agosto           | Lei de enquadramento base das TNC, sem a inclusão da MTC                                                                        |
| 2011 | <b>Resolução n.º 146/2011</b><br>de 9 de novembro   | Recomendação ao governo para que regule a lei n.º 45/2003 de 22 de agosto relativa ao enquadramento base da TNC                 |
| 2013 | <b>Lei n.º 71/2013</b><br>de 2 de setembro          | Lei que regula a lei n.º 45/2003, com a inclusão da MTC                                                                         |
| 2014 | <b>Portaria n.º 25/2014</b><br>de 2 de fevereiro    | Estabelecimento das competências do conselho consultivo para as TNC                                                             |
| 2014 | <b>Lei n.º 21/2014</b><br>de 16 de abril            | Inclusão das TNC na Lei da Investigação Clínica                                                                                 |
| 2014 | <b>Portaria n.º 181/2014</b><br>de 12 de setembro   | Criação, no âmbito da ACSS, do grupo de trabalho de avaliação curricular dos profissionais das TNC                              |
| 2014 | <b>Portaria n.º 182-B/2014</b><br>de 12 de setembro | Aprovação das regras que devem ser aplicadas no requerimento da cédula profissional para o exercício das profissões das TNC     |
| 2014 | <b>Portaria n.º 207-G/2014</b><br>de 8 de outubro   | Fixação da caracterização e do conteúdo profissional relativo ao especialista de MTC                                            |
| 2015 | <b>Portaria n.º 172-B/2015</b><br>de 5 de junho     | Regulação dos requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em fitoterapia |
| 2015 | <b>Portaria n.º 172-C/2015</b><br>de 5 de junho     | Regulação dos requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em acupuntura  |
| 2015 | <b>Lei n.º 104/2015</b><br>de 24 de agosto          | Inclusão das TNC na Lei que cria o Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde                                               |
| 2015 | <b>Decreto-Lei n.º 238/2015</b><br>de 14 de outubro | Inclusão das TNC no decreto-lei que estabelece o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde                           |
| 2016 | <b>Despacho n.º 8635/2016</b><br>de 22 de junho     | Autorização e funcionamento da estrutura curricular do 1º ciclo de estudos relativo às TNC em Portugal                          |
| 2017 | <b>Lei n.º 1/2017</b><br>de 16 de janeiro           | Primeira alteração à lei n.º 71/2013 de 2 de setembro que estabelece o regime de IVA aplicável às TNC                           |
| 2018 | <b>Portaria n.º 45/2018</b><br>de 9 de fevereiro    | Regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em MTC             |
| 2019 | <b>Lei n.º 95/2019</b><br>de 4 de setembro          | Inclusão das TNC na nova Lei de Bases da Saúde                                                                                  |
| 2019 | <b>Lei n.º 109/2019</b><br>de 9 de setembro         | Segunda alteração à lei n.º 71/2013 de 2 de setembro que modifica o regime de atribuição de cédulas profissionais               |

vezes no artigo 2.º, nomeadamente no ponto n.ii) referente ao “estudo clínico de terapêutica não convencional” e no ponto q) referente ao “estudo clínico com intervenção”. No ponto n.ii), que se inclui no ponto n) e que é referente ao “estudo clínico ou estudo”, é definido que o estudo clínico das TNC é (89):

*“destinado a testar o efeito, a aceitabilidade e a segurança da intervenção com práticas ou com produtos não tradicionalmente considerados pela medicina convencional, tal como praticada pelos licenciados em medicina e demais profissões associadas à medicina convencional, quer em exclusividade, quer em complementaridade às medicinas convencionais”*

No ponto q), é referido que as intervenções das TNC se incluem no “estudo clínico com intervenção” e que este tipo de estudo se define como *“qualquer investigação que preconize uma alteração, influência ou programação dos cuidados de saúde, dos comportamentos ou dos conhecimentos dos participantes ou cuidadores, com a finalidade de descobrir ou verificar efeitos na saúde”* (89).

Em 2015, na lei que cria o Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde, a Lei n.º 104/2015 de 24 de agosto, as TNC são novamente incluídas. Nesta lei, é referido no ponto primeiro do artigo 3.º que o inventário nacional dos profissionais de saúde abrange todas as profissões de saúde regulamentadas segundo a Portaria n.º 35/2012, e ainda “os profissionais das terapêuticas não convencionais que prestem cuidados de saúde no sector público, privado e social” (90).

No mesmo ano, é publicado pelo Ministério da Saúde o Decreto-Lei n.º 238/2015 de 14 de outubro referente ao estabelecimento do regime jurídico das práticas de publicidade em saúde, que, segundo o ponto 2 do artigo 1.º, é igualmente aplicável às TNC (91).

Por fim, no 3º trimestre de 2019 é publicada a Lei de Bases da Saúde, a Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, onde é revogada a Lei n.º 48/90 de 24 de agosto e o Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto. Na nova Lei de Bases da Saúde, é estabelecido um novo marco histórico para as TNC em Portugal uma vez que estas são incluídas, pela primeira vez, na base 26. Na base 26 é referido que (22):

*1 - “o exercício das terapêuticas não convencionais é regulado pela lei, efetuado de modo integrado com as terapêuticas convencionais e de forma a garantir a proteção da saúde das pessoas e das comunidades, a qualidade assistencial e tendo por base a melhor evidência científica”;*

*2 - “é competência do ministério responsável pela área da saúde a credenciação, tutela e fiscalização da prática das terapêuticas não convencionais, de acordo com a definição aprovada pela OMS”.*

No presente, e conforme referido anteriormente, a ACSS é a entidade responsável pela emissão das cédulas profissionais que habilitam à prática profissional da MTC em território português. Até à presente data, e segundo a listagem de cédulas profissionais disponibilizada no site da ACSS, foram emitidas 1410 cédulas profissionais de MTC em Portugal (92).

### **2.2.3. Contexto socioprofissional atual**

Num estudo realizado em 2017, é referido que atualmente existem em Portugal trinta e sete associações ligadas às TNC, sendo vinte e uma associações referentes a áreas regulamentadas e dezasseis a áreas não regulamentadas ou generalistas (93).

Entre as vinte e uma associações referentes a áreas regulamentadas, duas associações profissionais são dirigidas à MTC, designadamente a Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa e a Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas (61).

Para além da existência de duas associações dirigidas especificamente para a MTC, é ainda referido que existem oito associações específicas de Acupunctura e três associações específicas de Fitoterapia, partes integrantes da MTC, tal como referido anteriormente (93). Contudo, antes da assunção destas onze associações como associações dirigidas à MTC, é necessário que se proceda a uma análise cuidadosa aos seus estatutos uma vez que a dimensão científica da Acupunctura e da Fitoterapia abarca outras áreas que não estão diretamente relacionadas com a MTC – como por exemplo a Acupunctura médica

ou a Fitoterapia ocidental – e, por esse motivo, algumas destas onze associações poderão não ter qualquer ligação científica à MTC.

O processo associativo das TNC não é, contudo, um processo recente, estando o seu início relacionado com a criação, em 1980, da Associação dos Profissionais de Atividades Paracientíficas (61). Esta associação, embora tivesse como objetivo reunir de forma indiscriminada todas as práticas e terapias não convencionais, deu origem às primeiras associações profissionais das TNC: a Associação Portuguesa de Naturopatia em 1981, a Associação Profissional de Medicina Acupunctural em 1982 e a Associação Portuguesa de Homeopatia em 1984 (61). Em 1990, e a partir destas três associações, foi criada a primeira federação especificamente dirigida para as TNC, a Federação Nacional das Associações das Medicinas Naturais (FENAMAN) (61). Contudo, nos anos que sucederam à criação da FENAMAN, as relações entre as diferentes associações estiveram comprometidas e o ambiente social não foi o mais favorável para o progresso das TNC. Atualmente, e apesar da multiplicidade de associações afetas às TNC refletir o dinamismo e o crescimento socioprofissional, segundo Pegado (2017), também revela a *“falta de coesão, mesmo no interior da mesma terapia, que se pode traduzir em conflitos mais ou menos abertos entre os membros de diferentes associações”* (93). Segundo Franco (2010) a falta de união e a divisão é um *“traço característico”* dos profissionais das TNC, e foi apenas ultrapassado em momentos chave legislativos em que era necessário reunir os esforços e os intentos para um bem comum (61).

Contudo, é justo e pertinente referir que apesar da falta de unidade e solidariedade corporativa apontada pela literatura, este comportamento não é uma apropriação ou uma exclusividade das TNC mas é o reflexo do estado social português. Independentemente das adversidades observadas, os cidadãos, as associações e os reguladores conseguiram unir esforços para ultrapassar os bloqueios naturais de um processo de regulação, e garantiram o progresso das TNC em Portugal, tal como é recomendado pela OMS.

#### **2.2.4. Contexto académico atual da MTC**

Historicamente, a primeira formação realizada em Portugal teve a tutela de Araújo Ferreira durante os anos setenta do século XX, e a primeira escola criada com o objetivo

de formar profissionais de MTC foi criada em 1992 por Deolinda Fernandes e por José Faro, a Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (61). O primeiro curso de MTC desta escola iniciou-se em 1994, e no presente continua a disponibilizar formações profissionais de MTC, a *full-time*, com a duração de 5 anos letivos. Neste curso são incluídos 4 anos de formação profissional em ambiente clínico e é incluída a possibilidade de realização de estágios hospitalares na República Popular da China. A formação hospitalar resulta de um projeto de parceria que foi estabelecido em 1996 com a Universidade de Medicina Chinesa de Nanjing, na RPC.

Em 2007, a Secção Permanente do Senado aprovou a criação do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Medicina Tradicional Chinesa no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (94). Em 2011, e para a mesma instituição, foi acreditado preliminarmente o mestrado de Medicina Tradicional Chinesa pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. No entanto, em 2018 a mesma agência não renovou a acreditação do mestrado, e o ano letivo de 2019/2020 foi o último ano de formação. A não renovação da acreditação deve-se aos seguintes fatores: a maioria dos doutorados não estava a tempo integral na instituição, apenas existia 16% de doutores com atividade científica em MTC, havia um excesso de horas lecionadas por docentes a tempo parcial, os objetivos do ciclo de estudos não eram completamente claros, havia falta de coerência entre as unidades curriculares e deficiente coordenação entre as diferentes componentes do ciclo de estudos, e não havia locais suficientes para o desenvolvimento das competências técnicas dos estudantes (95).

Atualmente, existem oito escolas a ministrar cursos de MTC em território português, no entanto, não existe nenhum ciclo de estudos de licenciatura em MTC em curso (93).

Considerando todos os contextos, o contexto académico é o que aparenta apresentar maiores dificuldades no processo de transição da MTC para um novo modelo social. A dificuldade observada resulta principalmente da ausência de quaisquer apoios ou de personalização normativa para a transição das escolas tradicionais para o regime de ensino superior. Este contexto adverso foi ainda influenciado pelo atraso na publicação da portaria que define os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos que conduz ao grau de licenciado em MTC (21).

## **2.3. Utilização das MT&C e da MTC**

### **2.3.1. Regulação internacional das MT&C**

Segundo dados da OMS, que cita o Centro Europeu de Informação para a Medicina Alternativa e Complementar, 100 milhões de europeus eram utilizadores das MT&C no ano de 2014, e, destes, um em cada cinco utilizava regularmente as MT&C (2). Mais recentemente, em 2019, a OMS refere que entre os 53 países membros da região Europeia, 89% reportava que no ano de 2018 as MT&C foram utilizadas pelos seus habitantes (6). Os números para o território europeu são reforçados pela referência da OMS que indica que 20% dos cidadãos europeus que utilizam as MT&C prefere utilizar cuidados de saúde que incluam obrigatoriamente as medicinas tradicionais (2).

O valor de utilização para 2018 observado no território europeu é equivalente ao valor global uma vez que 88% dos países membros da OMS referem que os seus habitantes utilizaram as MT&C nesse mesmo ano (6). Apesar dos valores elevados de utilização para o território europeu, em 2013 a maioria dos utilizadores das MT&C estava essencialmente concentrado na África, na Ásia, na Austrália e na América do Norte (2).

No ano de 2018, 85% dos países da região europeia reportava ter a medicina herbal regulamentada – parte integrante e central na prática da MTC – e 40% tinha leis ou regulamentos para as MT&C (6). À escala global e para o mesmo ano, 64% dos países refere que tinha a medicina herbal regulada e que 56% dos países tinha leis ou regulamentos para as MT&C. O valor observado à escala global para os países que têm a medicina herbal regulada embora seja inferior ao valor observado para a região europeia, representa um crescimento de 91% relativamente ao ano de 1999.

As regiões com menor percentagem de países com regulação da medicina herbal são as regiões que agregam um conjunto superior de países economicamente menos desenvolvidos, nomeadamente a região africana e a região do pacífico ocidental. Os valores de regulação da medicina herbal nestas regiões era de 43% e 48%, respetivamente (6). A região que apresentava maior percentagem de países com a medicina herbal regulada era a região do sudeste asiático com 91%.

Relativamente aos países que têm leis ou regulamentos para as MT&C, observou-se um crescimento global de 142% em comparação com o ano de 1999 (6). Em 2018, a região africana e do sudeste asiático tinham a maior percentagem de países com leis ou regulamentos para as MT&C, com valores de 83% e 82%, respetivamente. Juntamente com a região europeia, a região das américas e do pacífico ocidental eram as regiões com valores inferiores de leis ou regulamentos para as MT&C, na ordem dos 40%, 43% e 48%, respetivamente.

Para que se compreenda verdadeiramente o enquadramento global destas áreas, é igualmente necessário consultar os valores que dizem respeito à existência de programas nacionais ou locais especificamente dirigidos para as MT&C. Assim, e ainda de acordo com relatório global da OMS, 79 países membros da OMS reportava que no ano de 2018 possuíam programas nacionais construídos para as MT&C, sendo estes programas o resultado do trabalho desenvolvido pelos ministérios da saúde, por outros ministérios ou por entidades governamentais (6). Este número, representa um crescimento de 243% em comparação com o ano de 1999, uma vez que nesse mesmo ano apenas 23 países membros da OMS reportava ter programa nacionais dirigidos para as MT&C.

Para este parâmetro em análise, a região europeia apresentava um valor bastante reduzido porque apenas 13% dos países reportou ter programa nacionais dirigidos para as MT&C (6). Ainda assim, e como em 2005 apenas três países da região europeia reportava a existência desses programas, o valor de 2018 representa um aumento de 133%. Os países da região europeia que em 2018 tinham programas nacionais dirigidos para as MT&C eram o Cazaquistão, o Chipre, a Eslováquia, a Federação Russa, a Islândia, a Noruega e a Turquia. As regiões que apresentavam valores superiores relativamente à percentagem de países com programas nacionais ou locais dirigidos para as MT&C eram a região do sudeste asiático com 91% e a região africana com 72%.

Relativamente a Portugal, no relatório de 2019 é referido que, embora as MT&C sejam utilizadas pela população portuguesa, não existem números que reflitam a percentagem de utilização por parte dos cidadãos (6). Contudo, no ano de 2007 foi apresentada uma estimativa pela FENAMAN, referenciada em 2011 pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (OESPS) que indicava que mais de 2 milhões de

utilizadores residentes em Portugal procura regularmente as MT&C (98,99). Mais recentemente, foi apontado a Portugal uma utilização anual de 14,1% (96,97).

### 2.3.2. Utilização das MT&C no panorama internacional

Num estudo realizado em 2017 com base na análise do *European Social Survey* e com o objetivo geral de avaliar a prevalência e os determinantes para a utilização das MT&C nos países europeus, foi observada uma utilização, nos últimos 12 meses, de 26% por parte da população em geral (98). Tendo em conta os resultados observados, os países com valores superiores de utilização (acima de 35%) foram a Alemanha, a Suíça, a Áustria, a Finlândia e a Estónia, e os países com valores inferiores de utilização (abaixo de 15%) foram a Hungria, a Polónia, a Holanda e Portugal. Os valores observados na Alemanha e na Suíça eram de aproximadamente 40%. Como justificação para os valores de utilização é apontada a criação de políticas nacionais de saúde, os diferentes processos e momentos da regulação, e as diferenças sociais e culturais que existem entre os países e as regiões.

Como determinantes para a utilização das MT&C nos países europeus, verificou-se que as condições económicas mais elevadas, o status social mais elevado, a existência de comorbilidade e a presença de dor beneficiam a utilização (98). No âmbito das doenças, as dores nas costas ou nos membros superiores, as alergias e os problemas no estômago ou no sistema digestivo aparentam estar associados à utilização das MT&C, independentemente das especialidades terapêuticas.

Por outro lado, as doenças habitualmente associadas aos tratamentos da MC, tal como a diabetes e os problemas cardiovasculares, são determinantes para uma menor utilização (98). No entanto, a este estudo é apresentado um conjunto de limitações, nomeadamente a não inclusão de todas as MT&C tal como estas são definidas pela OMS, a não disponibilidade de dados sobre a frequência de utilização e a impossibilidade de verificar se as MT&C foram utilizadas enquanto métodos complementares ou métodos alternativos.

Num outro estudo realizado em trinta e dois países dos cinco continentes com o objetivo de avaliar a prevalência e os determinantes sociodemográficos e de saúde para a

utilização das MT&C, foi observado um valor de utilização global na ordem dos 26% (99). Segundo o estudo, os países com valores superiores de utilização (acima de 50%) eram os países asiáticos, designadamente a China continental, a República da Coreia e as Filipinas, e os países com valores inferiores de utilização (abaixo dos 10%) eram os países europeus.

Este estudo, que remeteu para análise do *International Social Survey Program* de 2011-2013, sugeriu que os determinantes sociodemográficos que favoreciam a utilização das MT&C eram o sexo feminino, a meia idade, o baixo nível de escolaridade, a não afiliação religiosa e os baixos indicadores económicos (99). Por outro lado, os fatores de saúde que conduzem a um aumento de procura são a atitude positiva perante as MT&C, a depressão ou a infelicidade, a baixa perceção sobre o estado de saúde e a presença de uma condição de saúde crónica ou debilitante.

Ainda de acordo com o estudo conduzido nos cinco continentes, verificou-se que os países que têm níveis socioeconómicos mais elevados apresentam graus superiores de satisfação com os tratamentos das MT&C, neste caso na ordem dos 80%. Os valores de satisfação mais elevados foram observados essencialmente nos países europeus, nos Estados Unidos da América, em Taiwan e na China (99).

Numa revisão sistemática realizada em 2013 que remeteu para a análise de estudos publicados entre 2000 e 2011, foi possível observar que no Reino Unido os valores anuais de utilização eram de 41% (100). No entanto, o valor de utilização descia para 26% quando na análise eram apenas incluídos os estudos cujos processos metodológicos eram classificados como sendo corretos. O valor deste estudo é semelhante ao valor observado no estudo de 2017 que se baseou no *European Social Survey*, onde é apresentada uma utilização anual de 21% para o Reino Unido (98). A aproximação dos valores indica uma possível estabilização no número de utilizadores. Considerando a utilização ao longo da vida, o valor de utilização das MT&C no Reino Unido sobe para os 44% (100). Neste país, a medicina herbal é apontada como sendo a terapêutica mais utilizada (32%).

Para o período entre 2000 e 2015, é referido num estudo relativo à Arábia Saudita que as MT&C são amplamente utilizadas pela população (101). Contudo, neste estudo

determinadas práticas culturais e religiosas são incluídas como MT&C, podendo este facto ser indicador do enviesamento dos resultados. Ainda assim, a acupunctura é indicada como a MT&C mais utilizada por parte dos profissionais de saúde locais.

Em 2018, numa revisão sistemática com o objetivo de avaliar a utilização de MT&C para o tratamento do cancro nos países de baixa e média renda, aparentemente existe uma maior utilização nos países menos desenvolvidos. Segundo o estudo, a mediana de utilização é de 55% e a mediana de pacientes com cancro que combina os tratamentos das MT&C com o tratamento biomédico é de 27% (102).

Numa outra revisão relativa ao cancro, foi observada uma utilização equivalente e na ordem dos 51% (103). Neste caso, o sexo feminino, os níveis elevados de educação, os ganhos financeiros elevados e a utilização anterior estavam associados à utilização das MT&C para o tratamento do cancro.

Recentemente, no Brasil, e a partir da análise do Inquérito Nacional de Saúde, foi apurada uma prevalência de utilização das MT&C de apenas 5% (104). Embora as MT&C façam parte das políticas nacionais de saúde brasileiras desde o ano de 2006, o valor de utilização é consideravelmente baixo. Mediante estes resultados, os autores consideram ser necessário aumentar o investimento na capacitação dos profissionais, na garantia do acesso universal, no desenvolvimento das estruturas e na promoção da literacia sobre a área. O sexo feminino, os níveis elevados de educação, a idade acima dos 40 anos e o local de residência (Norte ou Sul do Brasil) são determinantes para a utilização.

Em estudos com o objetivo de analisar a utilização da MT&C segundo determinadas regiões ou condições de saúde, é possível verificar que em seis hospitais do sudoeste da Nigéria 62% dos pacientes diabéticos utilizou as MT&C (105). No Líbano, no instituto de cancro da Universidade de Medicina de Beirute, 41% dos pacientes com cancro do pulmão utilizou as MT&C após o diagnóstico (106), e num centro de referência canadiano para o tratamento de doenças do sistema hepático 71% dos pacientes com hepatite B utilizou as MT&C no ano de 2015 e 2016 (107). Em dois hospitais da região este da Índia 57% dos indivíduos utilizaram as MT&C ao longo da vida e 37% utilizou as terapêuticas tradicionais no último ano (108). A utilização das MT&C na região este da Índia é

especialmente importante para os grupos étnicos minoritários. Por outro lado, na Etiópia, 68% dos pacientes em ambulatório de um hospital de referência local utilizam a MT&C para tratar a hipertensão arterial (109), e, numa região rural do noroeste da Turquia, 87% dos habitantes utilizaram as MT&C nos últimos 12 meses (110). Em Trinidad e Tobago, no hospital central, localizado na região oeste do país, a prevalência de utilização das MT&C é de 39% para o tratamento do cancro da mama, 44% para o tratamento do cancro na próstata, 37% para o tratamento do cancro dos ovários e 39% para o tratamento do cancro do cólon (111). Entre estes, 93% dos pacientes refere utilizar a medicina herbal, 94% considera estar satisfeito, na generalidade, com a inclusão destas terapêuticas nos tratamentos, 90% considera que as MT&C são benéficas mas apenas 21% dos pacientes informa o médico da sua utilização. Como fatores associados para a utilização é apontado o sexo feminino e a idade entre os 41 e os 50 anos.

Na Austrália, num estudo de 2007 que teve por base a aplicação de um inquérito nacional, foi possível observar que 44% dos indivíduos realizaram pelo menos uma consulta de MT&C nos último ano (112). O valor de utilização para as MT&C é equivalente ao valor observado para as consultas convencionais. Como determinantes para a utilização, verificou-se que os utilizadores eram tendencialmente do sexo feminino, adultos jovens (idade compreendida entre os 18 e os 34 anos) e trabalhadores. Como fatores para a utilização são ainda apontados os níveis elevados de educação, os ganhos financeiros acima da média, e a cobertura por seguros privados de saúde.

Num outro estudo referente à Austrália e com uma amostra representativa da população, observou-se que 48% das grávidas australianas realizaram pelo menos uma consulta de MT&C no ano de 2010 e que 52% tomou produtos das MT&C durante o período de gravidez (113). Como determinantes para utilização, verificou-se que as mulheres empregadas, com educação universitária, que pretendiam fazer trabalho de preparação para o parto e que apresentavam dores nas costas, dores no pescoço ou sinais de cansaço, tinham maior probabilidade de recorrer às consultas de MT&C. Mais recentemente, no ano de 2017, verificou-se que 74% das crianças australianas realizaram pelo menos uma consulta de MT&C no último ano (114).

Considerando os dados do estudo que analisam o *European Social Survey*, 9% dos cidadãos europeus que não manifestavam quaisquer problemas de saúde nos últimos 12 meses optaram por utilizar as MT&C (98). Para o continente europeu, este valor pode ser indicador do número de utilizadores que recorrem às MT&C enquanto método preventivo.

Em suma, a literatura aponta para uma utilização variável das terapêuticas tradicionais e complementares e sugere que os fatores geográficos, as características culturais e os fatores sociais e económicos têm um papel determinante para os níveis de utilização. Ainda assim, é correto considerar que a utilização das MT&C é globalmente elevada. Tendo em conta os dados encontrados na literatura, é igualmente evidente a necessidade de desenvolvimento de estudos que permitam definir os valores absolutos de utilização e os determinantes gerais de utilização atendendo à localização geográfica, aos fatores culturais, sociais e económicos, e ao enquadramento das MT&C nos diferentes sistemas de prestação de cuidados de saúde.

### **2.3.3. Valores e perfil de utilização da MTC no panorama internacional**

Em comparação com o conhecimento que existe no panorama internacional relativamente à utilização das MT&C, o conhecimento sobre os níveis de utilização da MTC nos diferentes países e regiões é incipiente. Ainda assim, em algumas regiões é possível encontrar estudos que mapeiam a utilização e que definem o perfil do utilizador, nomeadamente no sudeste asiático e na europa. Por esse motivo, este capítulo será exclusivamente dirigido para estas duas regiões.

Atualmente, na RPC, a MTC encontra-se consolidada socialmente e estabilizada no sistema de saúde chinês e é, juntamente com a MC, a principal prática médica local (12). Contudo, verifica-se a tendência para uma redução do número de médicos especializados em MTC, e, conseqüentemente, verifica-se uma ligeira tendência para a redução do número de utilizadores. Apesar do abrandamento observado, o número total de consultas de MTC que são realizadas em ambulatório é bastante elevado e, por ano, são realizadas 1,3 biliões de consultas de MTC em território chinês. O número de consultas de MTC realizadas na RPC é extremamente elevado e equivale a um terço do número total de consultas anuais.

Num estudo longitudinal realizado em 2015 na RPC com o objetivo de estimar a prevalência e os determinantes de utilização da MTC, é referido que mesmo no território chinês se conhece pouco sobre a utilização da MTC por parte da população (115). Neste estudo, onde foram inquiridos 17.708 adultos com 45 ou mais anos de idade, verificou-se que 19% utiliza a MTC e que 25% dos indivíduos com doenças crónicas auto reportadas recorre à MTC. As doenças que mais são tratadas com a MTC são o acidente vascular cerebral, as doenças cardiovasculares e as doenças renais crónicas. Como determinantes para a utilização, verificou-se que a idade mais elevada e o maior ganho financeiro individual e familiar, quando não associados à existência de doenças crónicas, são fatores de influência para uma maior utilização por parte dos indivíduos.

Num estudo realizado no Centro de Cancro de Shangai da Universidade de Fudan, a utilização de MTC é consideravelmente elevada, com 57% dos médicos de MC a concordar combinar os tratamentos convencionais com a toma de produtos de MTC (116). De acordo com este estudo, 58% dos pacientes administra matéria médica chinesa e 90% dos médicos de medicina convencional admite prescrever ervas medicinais.

Em 2004, e dada o atual estado pandémico que o mundo atravessa, é relevante referir que 58% dos pacientes diagnosticados com a SARS (síndrome respiratória aguda severa) receberam tratamentos de MTC (12,117). O valor apresentado é especialmente relevante uma vez que a taxa de letalidade na China foi de 7%, ou seja, 3% inferior ao valor observado internacionalmente. Se considerarmos que na cidade de Guangzhou, onde os tratamentos de MTC foram incluídos desde o início da epidemia a taxa de mortalidade foi de apenas 4%, e que na capital do país, Beijing, após a inclusão da MTC nos tratamentos a taxa de letalidade reduziu 80%, é possível compreender a importância desta medicina tradicional oriental para a resolução de problemas epidémicos que tenham por base quadros de infeção (12).

Em Hong Kong, a partir de uma amostra representativa da população, verificou-se que no ano de 2007 os determinantes para a utilização da MTC eram o sexo feminino, a idade mais avançada, as doenças crónicas e os níveis de educação mais elevados (118). Neste estudo, verificou-se ainda a presença de novos utilizadores, nomeadamente a população das classes socioeconómicas mais elevadas. Por outro lado, a institucionalização, o ser

solteiro e a presença de apenas uma doença crónica num idoso são determinantes para uma menor utilização.

Em Taiwan, num estudo representativo da população e relativo aos anos de 2000, 2005 e 2010, foi observado um aumento no número de utilizadores e no número de consultas de MTC ao longo dos anos (119). Com uma amostra para cada ano de aproximadamente um milhão de indivíduos, a percentagem de utilizadores de MTC foi de 27% para o ano de 2000, de 28% para o ano de 2005 e de 29% para o ano de 2010. O maior aumento no número de consultas realizadas foi observado para o período entre 2005 e 2010. No ano de 2010 foi realizada uma média de 5 consultas por utilizador, sendo este valor especialmente relevante uma vez que a média de consultas totais realizadas por habitante (incluindo as consultas de MC) é de 2 consultas.

Neste estudo foi ainda observada a tendência para o aumento do número de utilizadores femininos, para uma maior frequência de utilização por parte dos indivíduos com o status económico mais elevado e para uma maior procura para o tratamento das neoplasias (119). Relativamente às neoplasias, o aumento na procura pelos cuidados é de 344% para o período entre 2000 e 2010. Devido à existência de uma atitude positiva nas gerações mais novas relativamente à MTC, também foi possível observar um aumento na procura em jovens adultos (idade entre os 20 e os 34 anos).

Em contraponto, observou-se uma redução na procura de tratamentos de MTC apenas para as patologias do sistema respiratório e para as doenças infecciosas e parasitárias, sendo esta redução inferior a 10% (119). Curiosamente, a redução na procura para o tratamento das doenças do sistema respiratório na MC (29%) foi superior à redução observada para a MTC, o que pode indicar que a redução de utilização na MTC não está relacionada com a redução de confiança na área mas com a menor prevalência de casos de doenças do sistema respiratório.

Relativamente a Taiwan, é possível encontrar dezenas de estudos que analisam a prevalência de utilização da MTC para diferentes condições de saúde. Como exemplo, são apresentados valores de utilização anual de 40% para indivíduos medicados com antidepressivos (120), de 90% para mulheres com sangramento uterino disfuncional (121),

de 62% para crianças com paralisia cerebral, com 76% destas crianças a realizar mais de 20 consultas por ano (122), de 31%, 29% e 46% para indivíduos diagnosticados com dermatite atópica, asma e rinite alérgica, respetivamente, e para o período entre 2003 e 2012 (123), e de 66% para pacientes com hepatite C para o período entre 2000 e 2010 (124).

Ainda relativamente ao sudeste asiático, e mais especificamente a Taiwan, num estudo nacional realizado em 2015 a partir de uma amostra de 97.401 crianças (<18 anos) diagnosticadas recentemente com rinite alérgica, foi observada uma utilização de MTC de 63% (125). Considerando as crianças que utilizaram a MTC, 99% administrou produtos de matéria médica chinesa. Num outro estudo de base nacional realizado em 2013 a partir de uma amostra de 45.883 crianças (<18 anos) diagnosticadas recentemente com asma, verificou-se que aproximadamente 58% das crianças residentes em Taiwan utilizou a MTC para o tratamento desta enfermidade, sendo a medicina herbal chinesa a terapêutica mais utilizada (126). De forma geral, a prevalência de utilização de MTC em crianças de Taiwan é elevada, verificando-se uma utilização de 23% no ano de 2010 e de 22% no ano de 2005 (127). Neste período, observou-se um aumento de utilização da medicina herbal chinesa e da acupunctura, e uma redução no recurso às técnicas manipulativas. Os valores de utilização mais elevados foram observados para a rinite alérgica, a dispepsia, os distúrbios mentais, as lesões e as doenças musculoesqueléticas. Relativamente às doenças do sistema digestivo, do sistema geniturinário, da pele e tecido subcutâneo foi observado um aumento relevante em comparação com os anos anteriores.

Por outro lado, em Hong Kong, verificou-se que 30% das crianças com dermatite atópica utilizaram a MTC e que em 94% dos casos não foi reportado qualquer efeito secundário associado à utilização da MTC (128).

No continente europeu, e segundo o estudo que teve por base o *European Social Survey*, a utilização de MTC em 2017 era de aproximadamente 1% (98). O valor apresentado neste estudo, que numa primeira análise poderá levar a considerar a MTC como uma MT&C de menor relevo na região, pode, no entanto, não refletir a realidade de utilização entre os europeus.

De acordo com o quadro de categorização das MT&C, é possível verificar que neste estudo a MTC é incluída, juntamente com a acupunctura e com a acupressão, na categoria dos “sistemas médicos tradicionais chineses” (98). Contudo, e após a análise detalhada das restantes categorias, é possível verificar que os métodos terapêuticos da MTC podem ser observados em mais do que uma categoria. Por exemplo, as práticas isoladas de *qíngong* ou de *tàijí* podem ser percecionadas pelo utente como o resultado da utilização de uma prática física que não está associada à MTC, e, consequentemente, ser enquadrada na categoria das “terapêuticas da mente-corpo”. Este facto, nomeadamente a duplicidade de hipóteses de enquadramento tendo em conta a classificação utilizada no estudo, descontextualiza o quadro socioprofissional da MTC e pode levar ao enviesamento dos números de utilização. As práticas físicas e energéticas mencionadas, mesmo quando são realizadas de forma isolada, são atividades terapêuticas que pertencem à MTC e, por esse motivo, devem ser classificadas exclusivamente nos “sistemas médicos tradicionais chineses”.

Da mesma forma, a prática isolada de massagem *tuina* pode estar a ser observada na categoria das “terapias manuais aplicadas no corpo” e a prática isolada de acupunctura tradicional chinesa pode estar ser observada apenas como um ato de acupunctura, não associado à MTC. Relativamente à medicina herbal é possível verificar que esta é incluída na categoria dos “sistemas de medicina alternativa”. No entanto, também não é possível perceber se a medicina herbal se refere exclusivamente à prática da fitoterapia ocidental, nem é possível perceber se as prescrições isoladas de matéria médica chinesa são incluídas nesta categoria ou nos “sistemas médicos tradicionais chineses”.

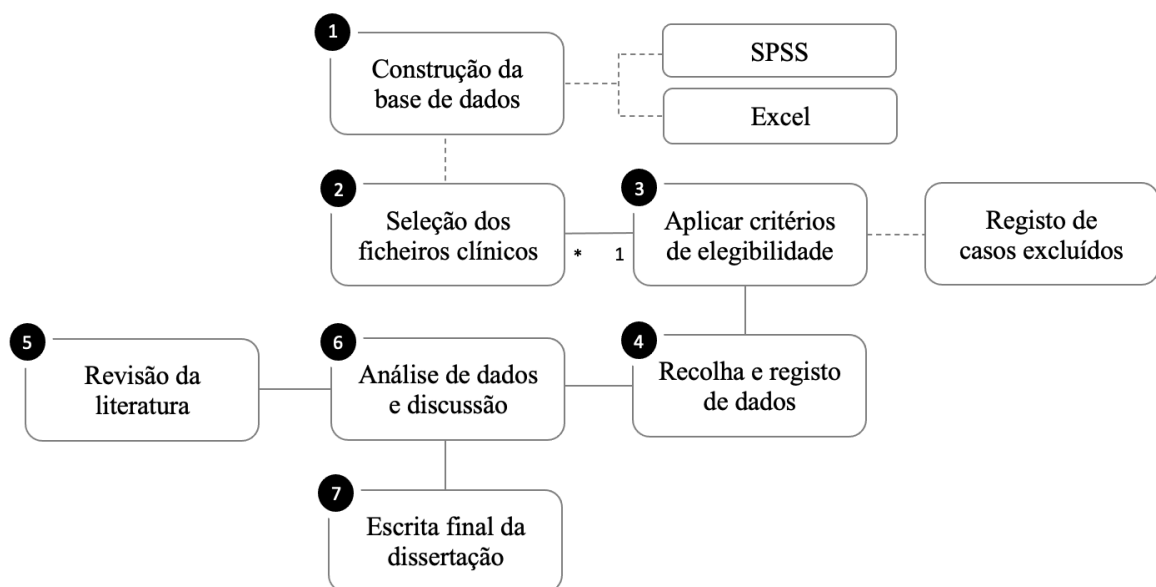
Ou seja, a falta de profundidade na análise sobre o dinamismo metodológico da MTC pode levar a que o valor de utilização desta área esteja subestimado para o território europeu. Se parte dos valores observados para a massagem terapêutica, para a medicina herbal e para a acupunctura, que apresentam, respetivamente, uma prevalência de 12% (o valor mais elevado entre todas as terapêuticas), de 5% e de 4%, estiverem associados à MTC, então o valor de utilização desta medicina tradicional oriental terá que ser considerado como sendo substancialmente superior para o continente europeu (98). Nessa situação, as conclusões que se possam tirar relativamente ao peso e à importância da MTC para os cidadãos desta região terão que ser obrigatoriamente diferentes.

### 3. Material e Métodos

#### 3.1. Desenho de estudo

Para o presente estudo utilizou-se um desenho observacional, transversal, analítico uma vez que se pretendeu estudar as condições de saúde de uma determinada população num determinado período de tempo e lugar, através da avaliação da existência de associação entre a prevalência das doenças e/ou sintomas e determinadas características populacionais (129). Para que os objetivos propostos fossem alcançados, construiu-se o seguinte desenho de estudo:

**Imagem 1.** Desenho de estudo



#### 3.2. População e amostra

Sendo a população-alvo constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações, a população-alvo deste estudo são todos os indivíduos que recorrem a consultas de Medicina Tradicional Chinesa na região da Grande Lisboa (130). Por outro lado, sendo a população acessível constituída por uma porção da população alvo que está acessível ao investigador, a população acessível deste estudo são todos os indivíduos que

recorrem a consultas de Medicina Tradicional Chinesa no Centro de Consultas de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa (CCMTCL) (130).

Dado o contexto de funcionamento da clínica – apresentado no subcapítulo seguinte – foi construída uma amostra com o tamanho final de 478 indivíduos. A amostra é constituída por todos os indivíduos que frequentaram o CCMTCL entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2020, e que realizaram uma consulta de primeira vez com a equipa clínica sob a chefia e supervisão do investigador (portador da cédula profissional de Medicina Tradicional Chinesa emitida pela ACSS com nº C-006114).

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos que assinaram a Declaração de Consentimento Informado e Esclarecido (anexo E), e excluídos aqueles cujos ficheiros clínicos tinham campos preenchidos incorretamente, cuja legibilidade estava comprometida, ou que tivessem pelo menos dois campos de preenchimento vazios.

### **3.3. Contexto**

O CCMTCL é um espaço clínico registado na Entidade Reguladora da Saúde, onde são realizadas consultas exclusivamente de Medicina Tradicional Chinesa, de 2ª feira a Sábado. As consultas no CCMTCL iniciam-se às 9h00 e prolongam-se, habitualmente, até às 20h00, estando o prolongamento do horário relacionado com as consultas de urgência que possam surgir. O CCMTCL é a entidade associada à ESMTC – Escola de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa, e é o espaço clínico onde os estudantes do 2º, 3º, 4º e 5º ano do curso de Medicina Tradicional Chinesa realizam o estágio profissional durante quatro anos letivos seguidos. A atividade clínica, tal como é apresentada, é interrompida anualmente durante o mês de agosto.

Cada dia clínico funciona sob a supervisão e coordenação de um chefe de equipa, sendo todos os chefes de equipa credenciados pela ACSS como Especialistas de Medicina Tradicional Chinesa. Todas as consultas que são realizadas no CCMTCL são dirigidas ao público em geral, e a tomada de decisão clínica sobre as todas as consultas realizadas durante o período de estágio clínico é da responsabilidade dos respetivos chefes de equipa e/ou dos seus assistentes.

### 3.4. Método de recolha de dados

Os dados clínicos e sociodemográficos (tabela 5) foram recolhidos diretamente dos ficheiros clínicos, tendo sido utilizados somente os casos referentes às consultas de primeira vez realizadas entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020. Não foram incluídos dados referentes à última semana de dezembro de 2020 porque estes utentes não tinham oportunidade de realizar pelo menos uma consulta de seguimento.

Os dados recolhidos foram guardados em duas bases de dados alojadas em dois discos rígidos distintos de forma a evitar que erros inesperados do sistema de informação proporcionassem a perda dos dados. Os dados só foram inseridos nas folhas de cálculo pelo investigador após a confirmação de que os ficheiros clínicos reuniam as condições de elegibilidade.

As folhas de cálculo construídas para o armazenamento da informação tiveram o acesso bloqueado à web durante a inserção e o tratamento dos dados. Nesta estudo, não foram incluídos os meses de março e de abril de 2020 devido ao enceramento do CCMTC por imposições governamentais relacionadas com a pandemia do Covid-19. Os meses de agosto também não foram incluídos devido à atividade clínica ser interrompida todos os anos durante este mês.

### 3.5. Análise de dados

Os dados foram inicialmente inseridos no IBM SPSS® Statistics v23 e posteriormente exportados para o Microsoft® Office Excel para personalização do design e consequente melhoria da legibilidade dos dados.

As variáveis numéricas foram analisadas através do cálculo da *média*, *desvio padrão*, *mediana*, *amplitude interquartílica*, *valor mínimo* e *valor máximo*. A normalidade da distribuição das variáveis numéricas foi testada por aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis qualitativas de escala nominal foram analisadas através do cálculo da *frequência absoluta e relativa*. Por fim, para as variáveis qualitativas de escala ordinal, para além do cálculo das *frequências absolutas e relativas*, foi calculada a *frequência*

Tabela 5. Plano de operacionalização das variáveis

| VARIÁVEL                       | DESCRIÇÃO                                                                                                       | TIPO         | ESCALA   | DOMÍNIO                                                                          |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dados sociodemográficos</b> |                                                                                                                 |              |          |                                                                                  |
| Idade                          | Idade do utente, em anos, no momento da primeira consulta                                                       | Quantitativa | Númerica | $\geq 0$                                                                         |
| Sexo                           | Sexo do utente                                                                                                  | Qualitativa  | Nominal  | Feminino; Masculino                                                              |
| Profissão                      | Classificação de acordo com a Classificação Portuguesa de Profissões, Instituto Nacional de Estatística (2010)  | Qualitativa  | Nominal  | CPP                                                                              |
| Localidade                     | Local de residência do utente, nomeadamente o concelho onde se situa a habitação                                | Qualitativa  | Nominal  | Concelho                                                                         |
| Nacionalidade                  | Nacionalidade do utente                                                                                         | Qualitativa  | Nominal  | Nacionalidade                                                                    |
| <b>Dados clínicos</b>          |                                                                                                                 |              |          |                                                                                  |
| Doença ou sintoma (DS)         | Doença ou sintoma na primeira consulta que levou o utente a recorrer à MTC                                      | Qualitativa  | Nominal  | -                                                                                |
| Classificação da DS            | Classificação segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde | Qualitativa  | Nominal  | CID-11                                                                           |
| Duração da DS                  | Início da queixa principal a partir do momento em que se inicia o sintoma ou é diagnosticada uma doença         | Qualitativa  | Ordinal  | (0) < 2 semanas (1) entre 2 sem. e 2 meses (2) entre 2 meses e 1 ano (3) > 1 ano |
| Ano                            | Ano em que foi realizada a primeira consulta de MTC                                                             | Qualitativa  | Ordinal  | 2015 a 2020                                                                      |
| Mês                            | Mês do ano em que foi realizada a primeira consulta de MTC                                                      | Qualitativa  | Ordinal  | Janeiro a Dezembro                                                               |
| Comorbidade                    | O utente apresentava doenças na primeira consulta que predispõe para o aparecimento de outras doenças?          | Qualitativa  | Nominal  | Não; Sim                                                                         |
| 2ª consulta                    | O paciente retomou para realizar uma segunda consulta?                                                          | Qualitativa  | Nominal  | Não; Sim                                                                         |
| Efeito imediato                | Efeito do tratamento após a primeira consulta, e medido no início da segunda consulta                           | Qualitativa  | Ordinal  | (0) Agravou (1) Sem alterações (2) Melhorou (3) Resolvido                        |
| Número total de consultas      | Número de total de consultas realizadas desde a primeira consulta                                               | Quantitativa | Númerica | $\geq 0$                                                                         |

*acumulada, a moda e a amplitude interquartilica* (131).

Na análise da distribuição de variáveis contínuas por variável qualitativa foi aplicado o teste paramétrico One way ANOVA, ou o teste não paramétrico Kruskal-Wallis quando as condições de aplicabilidade do teste paramétrico não estavam presentes. Quando existiram diferenças entre os grupos, procedeu-se a uma análise *post hoc* para identificar que grupos diferiam por aplicação do teste HST (*honest significant difference*) de Tukey.

No teste da diferença de distribuição de variáveis contínuas por variável qualitativa binária foi aplicado o teste paramétrico t-Student para amostras independentes ou a sua alternativa não paramétrica (teste de Mann-Whitney-Wilcoxon) sempre que os pressupostos de aplicabilidade não estavam presentes.

Para estudar a relação entre variáveis qualitativas de escala nominal ou ordinal foi aplicado o teste paramétrico do Qui-Quadrado ou as alternativas não paramétricas (teste exato de Fisher para variáveis binárias ou *Likelihood* ratio para variáveis com duas ou mais categorias). Para se verificar quais os pares de grupos que diferiam, realizou-se uma análise *post-hoc* e considerou-se como diferença significativa os valores cujos resíduos padronizados ajustados fossem superiores ao valor crítico de 1,96. Para estudar a relação entre variáveis quantitativas foi aplicado o teste de correlação de Pearson ou a sua alternativa não paramétrica, o teste de correlação de Spearman.

Para ajustar para eventuais confundimentos a relação existente entre as variáveis dependentes de cariz binário e as variáveis explicativas, optou-se pela utilização do modelo de regressão logística binária. Para tal, foram criadas variáveis *dummy* para cada uma das categorias da variável “doenças e sintomas segundo a CID-11”. De seguida, verificou-se se cada uma das variáveis *dummy* respeitavam os pré-requisitos que viabilizam a aplicação dos testes de regressão logística binária. Assim, verificou-se a existência de multicolinearidade entre as variáveis, considerando-se esta como ausente quando os valores de tolerância eram superiores a 0,1 e quando os valores de VIF eram menores que 10. Para além da verificação destes pré-requisitos, verificou-se, ainda, a inexistência de *outliers* e definiu-se como valor mínimo de  $n$  por variável independente o valor 10.

Para aferir sobre a significância estatística dos testes utilizou-se como referência o nível de significância de 5%.

### 3.6. Considerações éticas e legais

O presente estudo foi realizado de acordo com os princípios éticos relativos aos dados e material humano identificável que constam na Declaração de Helsínquia de outubro de 2013, com o parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (anexo D).

Este estudo foi regido pelos princípios da confidencialidade e do anonimato uma vez que num primeiro momento foi preservada a identidade dos indivíduos ao não ser associado o seu nome aos dados recolhidos, e, num segundo momento, e devido ao tamanho elevado da amostra e ao método escolhido para apresentação dos dados, não há hipótese de identificar os indivíduos que participaram no estudo, nem associar os resultados aos mesmos.

Para fortalecer a proteção da identidade dos elementos presentes neste estudo, nos dados armazenados em memórias de massa foi eliminada a possibilidade de acesso à internet e não foi colocada qualquer informação nas bases de dados que permitisse a identificação *a posteriori* do indivíduo caso ocorresse a perda ou o extravio do material construído.

O presente estudo não levanta quaisquer questões que coloquem em causa aos princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Tal como é definido na declaração de Consentimento Informado e Esclarecido entregue aos utentes do CCMTC, a recolha dos dados sucedeu apenas após a Direção da ESMTC – Escola de Medicina Tradicional Chinesa ter autorizado a recolha dos dados (anexo F) tendo em conta o parecer da Comissão de Ética da instituição (anexo G). A Declaração de Consentimento Informado e Esclarecido foi entregue aos utentes na receção do CCMTC antes da entrada para a primeira consulta (anexo E). A autorização para participação no estudo foi dada de forma autónoma e voluntária pelos utentes.

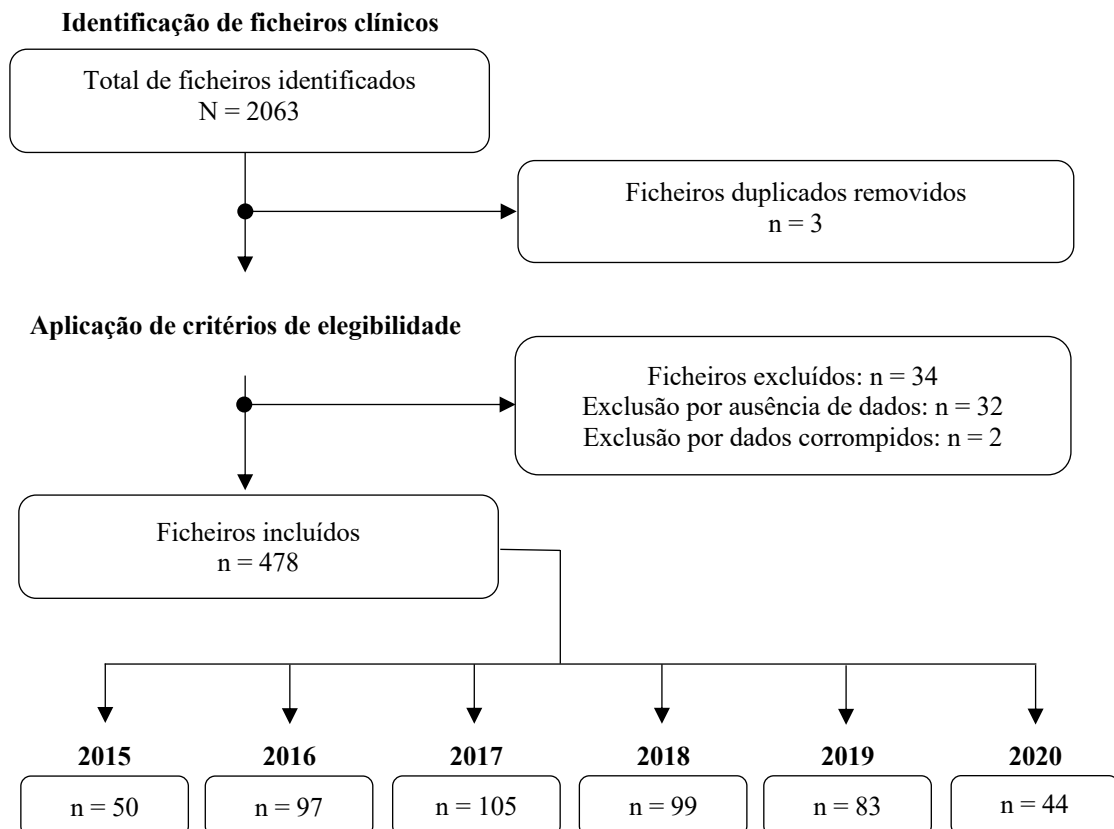
## 4. Resultados

### 4.1. Tamanho da amostra e proporção ao ano

A partir de uma base de dados que reúne 2063 consultas de primeira vez realizadas entre o mês de janeiro do ano de 2015 e o mês de dezembro do ano de 2020, construiu-se uma amostra com 478 casos.

A amostra construída representa 23% do número total de ficheiros identificados, sendo este valor equivalente em 5 dos 6 anos analisados para o estudo. Os casos referentes ao ano de 2016 correspondem a 26% dos casos totais para o ano, os casos de 2017 e 2018 correspondem a 25%, e os casos referentes aos anos de 2019 e de 2020 correspondem a 24% e 23%, respetivamente. Apenas o ano de 2015 apresenta um valor não equivalente, correspondendo a apenas 16% do número total de casos para o ano.

**Imagem 2.** Estágios de aplicação dos critérios de elegibilidade e construção da amostra

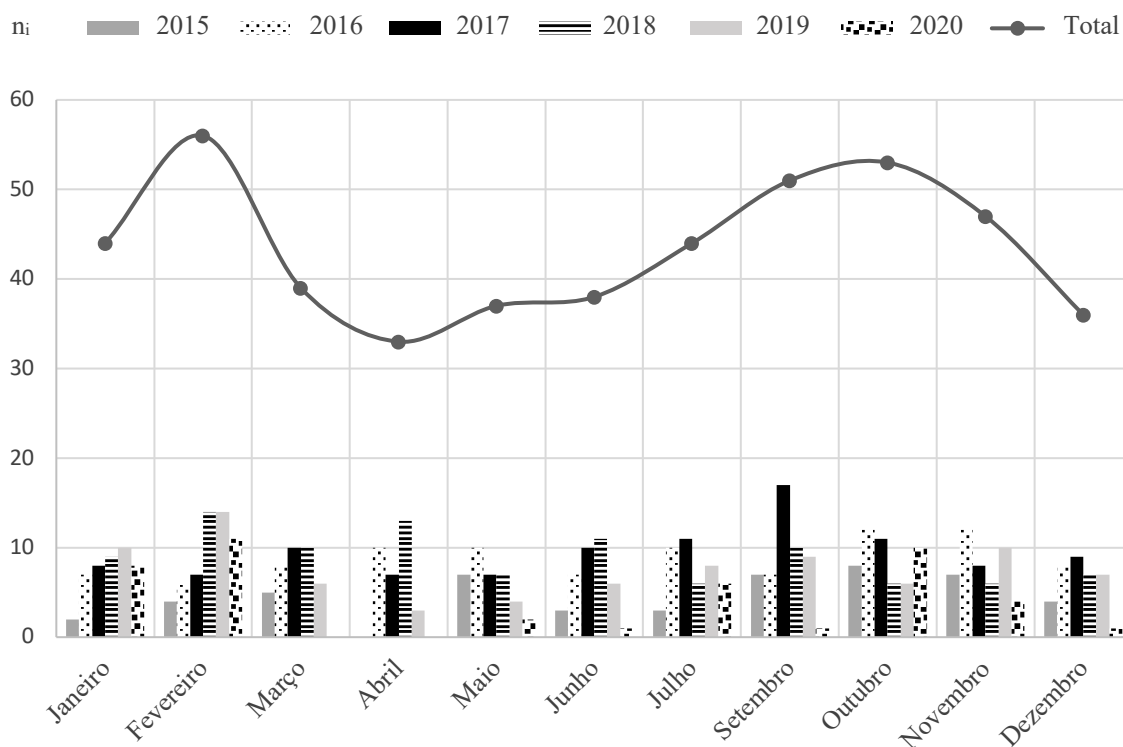


#### 4.2. Análise do padrão de procura de consultas de primeira vez

O mês de maior procura foi o mês de fevereiro, e correspondeu a 11,7% (n=56) do número total de consultas realizadas para os seis anos (anexo H). Os meses de setembro, outubro e novembro surgem logo a seguir com valores semelhantes ao mês de fevereiro, e correspondem, respetivamente, a 10,7% (n=51), 11,2% (n=53) e 9,8% (n=47) do número total de consultas. No geral, o mês de abril é o mês com menor média de consultas de primeira vez (n=33).

Para a generalidade dos anos, a partir do mês de março observa-se uma redução no número médio de consultas de primeira vez realizadas, e a partir do mês maio é possível verificar que até ao mês de outubro ocorre um crescimento regular para o mesmo parâmetro de observação (gráfico 1). Nos dois últimos meses do ano observa-se uma nova redução na procura. A tendência para um maior crescimento é verificado nos meses de janeiro e de fevereiro.

**Gráfico 1.** Frequência de consultas realizadas por mês e por ano, e frequência total de consultas realizadas por mês



Considerando os quatro trimestres do ano, o primeiro trimestre apresenta o maior peso relativo no valor total das consultas com uma prevalência de 29,1% (n=139), enquanto que o terceiro trimestre apresenta o menor valor relativo, correspondendo a apenas 19,9% (n=95) do número total de consultas (anexo H). Na globalidade, o terceiro quadrimestre é o mais forte entre todos os quadrimestres (n=187) e o segundo quadrimestre é o de menor procura (n=119). O semestre de maior procura ocorre entre outubro e março, e representa 57,6% (n=275) do número total de consultas.

Tendo em conta os valores relativos anuais, o período trimestral de julho a outubro de 2017, com 39 consultas de primeira vez realizadas, e o semestre de setembro de 2017 a fevereiro de 2018 com 68, foram os períodos de maior procura. Por outro lado, o período trimestral de maio a julho de 2020 e o semestre de janeiro de 2015 a junho de 2015 com 9 e 21 consultas de primeira vez realizadas, respetivamente, foram os períodos de menor procura. De ressaltar que, com exceção do mês de outubro e de julho, a partir do mês de fevereiro do ano de 2020 todos os meses deste ano apresentam os menores valores de procura relativa quando comparados com os anos anteriores.

Para o segundo trimestre, as proporções diferem significativamente segundo o ano, no entanto, a diferença é observada apenas entre dois anos ( $\chi^2=29,700$ ;  $p=0,013$  e  $\Phi_c=0,249$ ). Assim, e para o trimestre em análise, a proporção relativa de 2018 é mais de quatro vezes e meia superior à proporção relativa de 2020. Por outro lado, para o mês de fevereiro, as proporções diferem significativamente segundo o ano (LR=84,735;  $p=0,002$ ). Nesse sentido, e para o mês de fevereiro, a proporção relativa de 2016 e 2017 são aproximadamente quatro vezes inferiores à proporção relativa de 2020 (anexo H).

#### 4.3. Perfil sociodemográfico dos utilizadores

A amostra do presente estudo é constituída por 478 indivíduos, sendo 69,5% mulheres (n=332) e 30,5% homens (n=146). Em média, os utilizadores tinham 43,2 (DP =16,7) anos de idade no momento da primeira consulta, e o indivíduo mais velho a apresentar-se para uma consulta de primeira vez no CCMTC tinha 92 anos de idade. O indivíduo mais novo tinha apenas 1 ano de idade e metade dos utilizadores tinham até 42 (IIQ = 25) anos de idade. A distribuição da idade é bimodal, e as idades mais comuns eram 33 e 48

anos (n=16 para cada idade). Para a variável idade não foram observadas diferenças significativas segundo o sexo (U=24897; p=0,635) (tabela 6).

**Tabela 6.** Distribuição do sexo dos utilizadores e comparação da média das idades: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de médias

|              |             | idade       |       |       |
|--------------|-------------|-------------|-------|-------|
|              | N(%)        | Média (DP)  | U     | p     |
| Sexo (N=478) |             |             |       |       |
| Feminino     | 332 (69,5%) | 43,1 (16,3) | 24897 | 0,635 |
| Masculino    | 146 (30,5%) | 43,5 (17,5) |       |       |

Considerando a faixa etária, 43,7% dos utilizadores tinha entre os 30 e os 50 anos de idade, e mais de seis em cada dez utilizadores tinha entre 20 e 50 anos de idade (tabela 7). Sensivelmente 20% dos utilizadores tinha mais de 60 anos de idade, e apenas 5,2% dos utilizadores tinha menos de 20 anos no momento da primeira consulta.

**Tabela 7.** Distribuição por faixa etária: N – contagem (% por coluna), N<sub>ac</sub> – contagem acumulada (% acumulada por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo

|                           | N(%)        | N <sub>ac</sub> (%) | Mulheres<br>N(%)  | Homens<br>N(%)    | $\chi^2$ | p       |
|---------------------------|-------------|---------------------|-------------------|-------------------|----------|---------|
| Faixa etária              |             |                     | (N = 332)         | (N = 146)         |          |         |
| 0 – 9 anos                | 3 (0,6%)    | 3 (0,6%)            | <b>0</b>          | <b>3 (2,1%)</b>   | 14,993   | 0,036 * |
| 10 – 19 anos              | 22 (4,6%)   | 25 (5,2%)           | 14 (4,2%)         | 8 (5,5%)          |          |         |
| 20 – 29 anos              | 87 (18,2%)  | 112 (23,4%)         | <b>69 (20,8%)</b> | <b>18 (12,3%)</b> |          |         |
| 30 – 39 anos <sup>a</sup> | 106 (22,2%) | 218 (45,6%)         | 71 (21,4%)        | 35 (24,0%)        |          |         |
| 40 – 49 anos              | 103 (21,5%) | 321 (67,2%)         | 67 (20,2%)        | 36 (24,7%)        |          |         |
| 50 – 59 anos              | 63 (13,2%)  | 384 (80,3%)         | 47 (14,2 %)       | 16 (11,0%)        |          |         |
| 60 – 69 anos              | 59 (12,3%)  | 443 (92,7%)         | 43 (13,0%)        | 16 (11,0%)        |          |         |
| + 70 anos                 | 35 (7,3%)   | 478 (100%)          | 21 (6,3%)         | 14 (9,6%)         |          |         |

<sup>a</sup> classe modal \*  $p < 0,05$

Tendo em conta as faixas etárias, as proporções diferem significativamente segundo o sexo ( $\chi^2=14,993$ ; p=0,036 e  $\Phi_c=0,177$ ; p=0,036). No entanto, após a análise *post hoc* verificaram-se diferenças apenas em duas categorias, ou seja, na faixa etária dos 20 aos 29 anos e na faixa etária dos 0 aos 9 anos. Na faixa etária dos 20 aos 29 anos a proporção

relativa das mulheres é praticamente o dobro da proporção relativa dos homens, e nenhuma menina com menos de 10 anos realizou uma consulta no período em análise.

A nacionalidade mais comum era a nacionalidade portuguesa (82,8%) (tabela 8). As restantes nacionalidades estavam distribuídas pelas restantes regiões do globo, à exceção da região da Oceânia que não era representada nesta amostra. As nacionalidades do continente europeu representavam 40,2% do número total de nacionalidades não portuguesas e 7,0% dos valores globais. As nacionalidades provenientes do continente africano e americano, em conjunto, representavam 50,0% do número total de indivíduos com nacionalidade não portuguesa, sendo a proporção relativa de cada uma de aproximadamente 25%. Os valores referentes às nacionalidades do continente asiático são baixos e representavam somente 1,5% dos valores globais e apenas 8,5% das nacionalidades não portuguesas.

**Tabela 8.** Distribuição por nacionalidade portuguesa e por localização regional dos utilizadores com nacionalidade não portuguesa: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo

|                                             | Total<br>N(%) | Mulheres<br>N(%) | Homens<br>N(%) | Teste              | p     |
|---------------------------------------------|---------------|------------------|----------------|--------------------|-------|
| Nacionalidade portuguesa                    |               |                  |                |                    |       |
| Não                                         | 82 (17,2%)    | 58 (17,5%)       | 24 (16,4%)     | 0,076 <sup>a</sup> | 0,783 |
| Sim                                         | 396 (82,8%)   | 274 (82,5%)      | 122 (83,6%)    |                    |       |
| Localização da nacionalidade não portuguesa |               |                  |                |                    |       |
| África                                      | 20 (24,4%)    | 15 (25,9%)       | 5 (20,8%)      | 5,480 <sup>b</sup> | 0,140 |
| América                                     | 22 (26,8%)    | 12 (20,7%)       | 10 (41,7%)     |                    |       |
| Ásia                                        | 7 (8,5%)      | 4 (6,9%)         | 3 (12,5%)      |                    |       |
| Europa                                      | 33 (40,2%)    | 27 (46,6%)       | 6 (25,0%)      |                    |       |
| Oceânia                                     | 0             | 0                | 0              |                    |       |

<sup>a</sup> Teste  $\chi^2$

<sup>b</sup> Teste LR

No continente europeu, e excluindo Portugal, os utilizadores tinham nacionalidades de dez países diferentes (Alemanha, Espanha, França, Grécia, Holanda, Inglaterra, Itália, Moldávia, Romênia e Ucrânia) (tabela 8). A nacionalidade europeia não portuguesa mais comum era a nacionalidade francesa, e correspondia a 39,3% (n=13) dos utilizadores

europeus com nacionalidade não portuguesa. Como nacionalidades europeias não portuguesas mais frequentes, a seguir à nacionalidade francesa surgia a nacionalidade alemã com 18,1% (n=6) e a nacionalidade espanhola com 12,1% (n=4).

Relativamente ao continente africano, observámos utilizadores de sete nacionalidades diferentes (angolana, cabo-verdiana, egípcia, guineense, marroquina, moçambicana e sul-africana). A nacionalidade africana mais comum era a angolana com um valor relativo que correspondia a 50% do número total de utilizadores africanos.

Considerando apenas o continente americano, que no presente estudo contempla a análise referente à região do norte, do centro e do sul, a nacionalidade brasileira era a mais frequente (n=20) e correspondia a 90,9% dos utilizadores com nacionalidade deste continente, a 24,3% dos utilizadores com nacionalidade não portuguesa e a 4,2% entre todos os utilizadores.

Por fim, e para o continente asiático, observaram-se utilizadores de apenas três países, nomeadamente da China, do Iraque e da Jordânia. A nacionalidade chinesa era a mais comum e correspondia a 57% (n=4) das nacionalidades asiáticas.

Para as variáveis “nacionalidade portuguesa” e “localização da nacionalidade não portuguesa”, não foram observadas diferenças significativas segundo o sexo (tabela 8). Apesar disso, é importante notar que a nacionalidade brasileira correspondia a aproximadamente 40% do número total de homens de nacionalidade não portuguesa, sendo este valor relativo proporcionalmente o dobro do valor relativo observado para as mulheres ( $p>0,05$ ). Por outro lado, entre as mulheres com nacionalidade não portuguesa, 46,6% são europeias, sendo esta proporção praticamente o dobro do valor relativo observado para os homens ( $p>0,05$ ).

Tendo em conta o local de residência, mais de metade dos utilizadores residia no concelho de Lisboa (tabela 9). Considerando todos os utilizadores, um em cada cinco utilizadores residia nos concelhos terrestres vizinhos do concelho de Lisboa, nomeadamente da Amadora, Loures, Odivelas e Oeiras. Os concelhos da RGL que não

faziam fronteira terrestre com o concelho de Lisboa – Cascais, Mafra, Sintra e Vila Franca de Xira – correspondiam a 12,3% do número total de utilizadores.

**Tabela 9.** Distribuição por concelho de residência da Região da Grande Lisboa: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo

|                     | <b>Total</b><br>N(%) | <b>Mulheres</b><br>N(%) | <b>Homens</b><br>N(%) | $\chi^2$ | p     |
|---------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|----------|-------|
| <b>Localidade</b>   | (N = 478)            | (N = 332)               | (N = 146)             |          |       |
| Amadora             | 22 (4,6%)            | 15 (4,5%)               | 7 (4,8%)              | 5,147    | 0,821 |
| Cascais             | 13 (2,7%)            | 7 (2,1%)                | 6 (4,1%)              |          |       |
| Lisboa              | 262 (54,8%)          | 187 (56,3%)             | 75 (51,4%)            |          |       |
| Loures              | 30 (6,3%)            | 20 (6,0%)               | 10 (6,8%)             |          |       |
| Mafra               | 11 (2,3%)            | 8 (2,4%)                | 3 (2,1%)              |          |       |
| Odivelas            | 23 (4,8%)            | 16 (4,8%)               | 7 (4,8%)              |          |       |
| Oeiras              | 20 (4,2%)            | 11 (3,3%)               | 9 (6,2%)              |          |       |
| Sintra              | 26 (5,4%)            | 19 (5,7%)               | 7 (4,8%)              |          |       |
| Vila Franca de Xira | 9 (1,9%)             | 5 (1,5%)                | 4 (2,7%)              |          |       |
| fora da RGL         | 62 (13,0%)           | 44 (13,3%)              | 18 (12,3%)            |          |       |

No total, 87% dos utilizadores residia na RGL, e sensivelmente apenas um em cada dez residia fora desta região. Fora da RGL, a península de Setúbal é o local de residência mais comum uma vez que 58,1% dos utilizadores que habitam fora da RGL residiam nesta região. Assim sendo, a área metropolitana de Lisboa era a região de residência para 94,5% dos utilizadores.

Fora da área metropolitana de Lisboa, os utilizadores eram oriundos de outras sete regiões do país, nomeadamente do Oeste, do Algarve, da Lezíria do Tejo, do Alentejo central, do baixo Alentejo, de Viseu Dão-Lafões e do Cávado. As sete regiões em conjunto tinham um peso total de 5,5%. Para as proporções da variável localidade não foram observadas diferenças significativas segundo o sexo.

Sensivelmente 90% dos utilizadores do CCMTC são ativos, e destes, apenas 1,9% estava desempregado (tabela 10). No total, o peso dos estudantes era equivalente ao dos reformados, e dois em cada dez indivíduos ou era estudante ou era reformado. Os

trabalhadores representavam a maior percentagem de utilizadores. Para as proporções da situação profissional não foram observadas diferenças segundo o sexo (tabela 10).

**Tabela 10.** Distribuição por situação profissional: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo

|                              | <b>Total</b><br>N(%) | <b>Mulheres</b><br>N(%) | <b>Homens</b><br>N(%) | $\chi^2$ | p     |
|------------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|----------|-------|
| <b>Situação profissional</b> | (N = 476)            | (N = 332)               | (N = 144)             |          |       |
| Trabalhador                  | 360 (75,6%)          | 253 (76,2%)             | 107 (74,3%)           | 3,939    | 0,268 |
| Estudante                    | 52 (10,9%)           | 39 (11,7%)              | 13 (9,0%)             |          |       |
| Desempregado                 | 9 (1,9%)             | 4 (1,2%)                | 5 (3,5%)              |          |       |
| Reformado                    | 55 (11,6%)           | 36 (10,8%)              | 19 (13,2%)            |          |       |

Relativamente às profissões dos utilizadores, e tendo em conta a categorização da Classificação Portuguesa das Profissões (CPP), mais de metade exercia uma atividade laboral que se enquadrava na categoria dos “especialistas das atividades intelectuais e científicas” (tabela 11). O valor máximo foi observado para os números globais e para ambos os sexos. A segunda categoria de profissões mais comum era a categoria dos “trabalhadores de serviços pessoais, proteção e segurança e vendedores”, com 14,4% dos utilizadores a exercer uma profissão que se enquadra neste grupo. A seguir, e com valores de prevalência aproximados e que se situam entre os 5% e os 10%, encontravam-se as profissões enquadradas nas categorias de profissões dos “representantes do poder legislativo, e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos”, dos “técnicos e profissões de nível intermédio” e do “pessoal administrativo”.

Para as proporções da variável “Grandes grupos da Classificação Portuguesa das Profissões” foram observadas diferenças significativas segundo o sexo (LR=28,234;  $p<0,001$ ). Após a análise *post hoc*, foram observadas diferenças entre as proporções de duas categorias. Assim, verificou-se que na categoria dos “representantes do poder legislativo, e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos” a proporção relativa dos homens era mais do dobro do valor observado para as mulheres, e que na categoria dos “operadores de instalações e máquinas de trabalhadores da montagem” a proporção relativa dos homens era mais de dez vezes superior ao valor observado para as mulheres. De notar ainda que não foram observados utilizadores com

**Tabela 11.** Distribuição por profissão de acordo com a CPP: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo

|                                                                                                            | <b>Total</b><br>N(%) | <b>Mulheres</b><br>N(%) | <b>Homens</b><br>N(%) | Teste               | p                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Grande Grupo da Classificação Portuguesa de Profissões</b>                                              |                      |                         |                       |                     |                     |
| 0. Profissões das forças armadas                                                                           | (N = 360)            | (N = 253)               | (N = 107)             |                     |                     |
|                                                                                                            | 6 (1,7%)             | 4 (1,6%)                | 2 (1,9%)              |                     |                     |
| 1. Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos | 33 (9,2%)            | <b>17 (6,7%)</b>        | <b>16 (15,0%)</b>     |                     |                     |
| 2. Especialistas das atividades intelectuais e científicas                                                 | 200 (55,6%)          | 144 (56,9%)             | 56 (52,3%)            |                     |                     |
| 3. Técnicos e profissões de nível intermédio                                                               | 26 (7,2%)            | 22 (8,7%)               | 4 (3,7%)              |                     |                     |
| 4. Pessoal administrativo                                                                                  | 30 (8,3%)            | 24 (9,5%)               | 6 (5,6%)              |                     |                     |
| 5. Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores                               | 52 (14,4%)           | 40 (15,8%)              | 12 (11,2%)            | 28,234 <sup>a</sup> | 0,000 <sup>*</sup>  |
| 6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, das pescas e da floresta                      | 0                    | 0                       | 0                     |                     |                     |
| 7. Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artifícios                                        | 0                    | 0                       | 0                     |                     |                     |
| 8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem                                        | 12 (3,3%)            | <b>2 (0,8%)</b>         | <b>10 (9,3%)</b>      |                     |                     |
| 9. Trabalhadores não qualificados                                                                          | 1 (0,3%)             | 0                       | 1 (0,9%)              |                     |                     |
| <b>Sub-Grande Grupo da Classificação Portuguesa de Profissões (2)</b>                                      |                      |                         |                       |                     |                     |
| 21. Especialistas de ciências físicas, matemáticas, engenharia e técnicas afins                            | 28 (14,0%)           | <b>14 (9,7%)</b>        | <b>14 (25,0%)</b>     |                     |                     |
| 22. Profissionais de saúde                                                                                 | 29 (14,5%)           | 24 (16,7%)              | 5 (8,9%)              |                     |                     |
| 23. Professores                                                                                            | 29 (14,5%)           | 20 (13,9%)              | 9 (16,1%)             | 12,726 <sup>b</sup> | 0,026 <sup>**</sup> |
| 24. Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais   | 32 (16,0%)           | 25 (17,4%)              | 7 (12,5%)             |                     |                     |
| 25. Especialistas em tecnologia de informação e comunicação                                                | 29 (14,5%)           | 18 (12,5%)              | 11 (19,6%)            |                     |                     |
| 26. Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais                                   | 53 (26,5%)           | 43 (29,9%)              | 10 (17,9%)            |                     |                     |
| <sup>a</sup> Teste LR <sup>b</sup> Teste $\chi^2$ <sup>*</sup> p < 0,001 <sup>**</sup> p < 0,05            |                      |                         |                       |                     |                     |

profissões que se enquadravam na categoria dos “agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, das pescas e da floresta” e na categoria dos “trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífice”.

Na análise que diz respeito ao sub-Grande Grupo da CPP mais representado, ou seja, ao grupo dos “especialistas das atividades intelectuais e científicas”, é possível verificar que a categoria de profissões de “especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais” tinha o maior peso relativo, e representava 26,5% das profissões deste sub-Grande Grupo e 14,7% entre todas as profissões (tabela 11). As restantes categorias deste sub-Grande Grupo apresentavam valores homogéneos, e tinham um peso relativo global de aproximadamente 8% cada uma.

Tendo em conta apenas as proporções dos “especialistas das atividades intelectuais e científicas”, foram observadas diferenças significativas segundo o sexo para uma categoria ( $\chi^2=12,726$ ;  $p=0,026$  e  $\Phi_c=0,252$ ). Assim, a proporção relativa dos homens na categoria “especialistas de ciências físicas, matemática, engenharia e técnicas afins” era duas vezes e meia superior à proporção relativa das mulheres. Embora as referências a seguir apresentadas não sejam estatisticamente significativas, é relevante ressaltar que a proporção relativa observada nas mulheres na categoria dos “profissionais de saúde” foi praticamente o dobro da observada para os homens, que a proporção relativa dos homens na categoria dos “especialistas em tecnologia de informação e comunicação” foi mais de 50% superior à proporção relativa observada para as mulheres e que a proporção relativa das mulheres na categoria “especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais” foi 67% superior à dos homens.

#### **4.4. Caracterização da queixa principal segundo a CID-11**

No momento em que os utilizadores se deslocaram pela primeira vez ao CCMTC para realizar uma consulta de MTC, sensivelmente quatro em cada dez utilizadores tinha diagnóstico ou sentido os primeiros sintomas clínicos relacionados com a queixa principal há mais de 2 anos (tabela 12). Na globalidade e para ambos os sexos, aproximadamente apenas um em cada dez utilizadores apresentava sintomas há menos de 2 semanas, e mais de metade dos utilizadores tinha a queixa principal há mais de 1 ano.

Relativamente à comorbilidade, para além da queixa principal, 45% dos utilizadores apresentava doenças que predisõem o indivíduo para o desenvolvimento de outras doenças. Para as proporções de ambas as variáveis não foram observadas diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo (tabela 12).

**Tabela 12.** Distribuição da duração da queixa principal e da existência de comorbilidade: N – contagem (% por coluna), N<sub>ac</sub> – contagem acumulada (% acumulada por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo

|                                    | N(%)        | N <sub>ac</sub> (%) | Mulheres<br>N(%) | Homens<br>N(%) | $\chi^2$ | p     |
|------------------------------------|-------------|---------------------|------------------|----------------|----------|-------|
| <b>Duração da queixa principal</b> |             |                     | (N = 332)        | (N = 146)      |          |       |
| < 2 semanas                        | 56 (11,7%)  | 56 (11,7%)          | 42 (12,7%)       | 14 (9,6%)      | 2,577    | 0,631 |
| 2 sem. - 2 meses                   | 81 (16,9%)  | 137 (28,7%)         | 58 (17,5%)       | 23 (15,8%)     |          |       |
| 2 meses e 1 ano                    | 95 (19,9%)  | 232 (48,5%)         | 62 (18,7%)       | 33 (22,6%)     |          |       |
| 1 ano - 2 anos                     | 47 (9,8%)   | 279 (58,4%)         | 35 (10,5%)       | 12 (8,2%)      |          |       |
| > 2 anos <sup>a</sup>              | 199 (41,6%) | 478 (100%)          | 135 (40,7%)      | 64 (43,8%)     |          |       |
| <b>Comorbilidade</b>               |             |                     |                  |                |          |       |
| Não                                | 263 (55,0%) | -                   | 182 (54,8%)      | 81 (55,5%)     | 0,018    | 0,894 |
| Sim                                | 215 (45,0%) | -                   | 150 (45,2%)      | 65 (44,5%)     |          |       |

<sup>a</sup> classe modal

Considerando os grupos de doenças e sintomas segundo a CID-11, as doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo eram as mais prevalentes (tabela 13). O peso desta categoria no número total de utilizadores era de 35,1% (n=168) e a maioria das queixas observadas para este grupo de doença foram as condições de dor associadas à coluna ou às articulações.

O segundo grupo de doenças e sintomas segundo a CID-11 mais comum era o grupo dos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento, e representava 13,6% (n=65) do número total de casos observados. Relativamente a este grupo, a ansiedade era a patologia mais comum e correspondia a 44,6% dos casos. Logo a seguir surgia a depressão, as desordens especificamente associadas ao stress e a perturbação de hiperatividade e deficit de atenção com 23,1%, 15,4% e 7,7% de proporção relativa, respetivamente. Para além das condições referidas, foi ainda possível encontrar entre as queixas principais quadros de anorexia, de ataques de pânico e de esquizofrenia.

**Tabela 13.** Distribuição das doenças e sintomas segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo, teste e valor de prova para a diferença de médias

|                                                                            | Sexo          |                    |                   |        | Idade   |             |       |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|-------------------|--------|---------|-------------|-------|
|                                                                            | Total<br>N(%) | Mulheres<br>N(%)   | Homens<br>N(%)    | LR     | p       | Média (DP)  | F     |
| <b>Doenças e sintomas segundo a CID-11</b>                                 |               |                    |                   |        |         |             |       |
|                                                                            | (N = 478)     | (N = 332)          | (N = 146)         |        |         |             |       |
| 01. Certas doenças infecciosas ou parasitárias                             | 1 (0,2%)      | 1 (0,3%)           | 0                 |        |         | 29 (-)      |       |
| 02. Neoplasias                                                             | 11 (2,3%)     | <b>11 (3,3%)</b>   | <b>0</b>          |        |         | 44,2 (11,3) |       |
| 04. Doenças do sistema imunológico                                         | 6 (1,3%)      | 4 (1,2%)           | 2 (1,4%)          |        |         | 35,2 (16,6) |       |
| 05. Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas                        | 14 (2,9%)     | 10 (3,0%)          | 4 (2,7%)          |        |         | 49,2 (14,6) |       |
| 06. Transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento        | 65 (13,6%)    | <b>53 (16,0%)</b>  | <b>12 (8,2%)</b>  |        |         | 36,9 (15,5) |       |
| 07. Distúrbios de sono-vigília                                             | 18 (3,8%)     | 13 (3,9%)          | 5 (3,4%)          |        |         | 39,7 (12,6) |       |
| 08. Doenças do sistema nervoso                                             | 40 (8,4%)     | 31 (9,3%)          | 9 (6,2%)          |        |         | 48,3 (16,6) |       |
| 09. Doenças do sistema visual                                              | 2 (0,4%)      | 1 (0,3%)           | 1 (0,7%)          |        |         | 42 (1,4)    |       |
| 10. Doenças do ouvido ou processo mastoide                                 | 7 (1,5%)      | 6 (1,8%)           | 1 (0,7%)          | 39,173 | 0,002 * | 49,7 (11,3) | 3,509 |
| 11. Doenças do sistema circulatório                                        | 27 (5,6%)     | 19 (5,7%)          | 8 (5,5%)          |        |         | 42,6 (14,5) |       |
| 12. Doenças do sistema respiratório                                        | 24 (5,0%)     | 14 (4,2%)          | 10 (6,8%)         |        |         | 33,2 (17,2) |       |
| 13. Doenças do sistema digestivo                                           | 24 (5,0%)     | <b>11 (3,3%)</b>   | <b>13 (8,9%)</b>  |        |         | 37,3 (13,7) |       |
| 14. Doenças da pele                                                        | 19 (4,0%)     | 11 (3,3%)          | 8 (5,5%)          |        |         | 35,1 (13,8) |       |
| 15. Doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo          | 168 (35,1%)   | <b>104 (31,3%)</b> | <b>64 (43,8%)</b> |        |         | 48,4 (17,7) |       |
| 16. Doenças do sistema geniturinário                                       | 19 (4,0%)     | <b>18 (5,4%)</b>   | <b>1 (0,7%)</b>   |        |         | 37,6 (10,4) |       |
| 18. Gravidez, parto ou puerpério                                           | 1 (0,2%)      | 1 (0,3%)           | 0                 |        |         | 38 (-)      |       |
| 21. Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte | 28 (5,9%)     | 22 (6,6%)          | 6 (4,1%)          |        |         | 43,4 (17,7) |       |
| 22. Lesões, envenenamento ou certas consequências de causas externas       | 4 (0,8%)      | 2 (0,6%)           | 2 (1,4%)          |        |         | 35,3 (11,1) |       |

\* p < 0,05

\*\* p < 0,001

Logo a seguir aos grupos mencionados, as doenças do sistema nervoso e do sistema circulatório eram as mais prevalentes com valores de 8,4%, 5,6%, respetivamente. As doenças do sistema respiratório e do sistema digestivo apresentavam, cada uma, um valor de prevalência de 5,0%. As patologias mais comuns para cada um dos grupos de doenças foram, respetivamente, as enxaquecas (52,5%; n=21), a astenia cardíaca (59,3%; n=16), a tosse (29,2%; n=7) e as gastralgias (33,3%; n=8).

No grupo das doenças da pele, as queixas mais comuns eram o acne e a psoríase, com um peso relativo no grupo de 47,4% (n=9). No grupo das doenças do sistema geniturinário a queixa mais comum era a infeção urinária com uma proporção relativa de 26,3% (n=5). No grupo dos sintomas, sinais e achados clínicos não classificados em outra parte, a queixa mais comum era a dor generalizada, estando presente em 50,0% (n=14) dos casos. De notar, ainda, a insónia como sendo a queixa principal para dezasseis indivíduos. O valor observado para esta condição correspondia a 88,9% dos casos do grupo dos distúrbios de sono-vigília e a 3,3% entre todas as doenças.

Os grupos de doenças não mencionados tiveram observações globais inferiores a 3,5% e, entre todos os grupos da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, quatro grupos de doenças registaram valores de prevalência inferior a 1% (tabela 13).

Relativamente às proporções da variável “doenças e sintomas segundo a CID-11” foram observadas diferenças significativas segundo o sexo para cinco dos grupos, designadamente para os grupos das doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo, dos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento, das neoplasias, das doenças do sistema digestivo e das doenças do sistema geniturinário (LR=39,173; p=0,002).

Assim, e considerando os dois grupos mais prevalentes (grupo 15 e grupo 6), verificou-se que no grupo das doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo a proporção relativa dos homens era aproximadamente 40% superior à das mulheres e que no grupo dos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento a proporção relativa das mulheres era praticamente o dobro da proporção relativa observada

para os homens. Da mesma forma, no grupo de doenças do sistema digestivo a proporção relativa dos homens era mais de duas vezes e meia superior à proporção relativa observada para as mulheres, no grupo das doenças do sistema geniturinário a proporção relativa das mulheres era mais de sete vezes e meia superior à proporção relativa observada para os homens, e no grupo das neoplasias, que tem uma proporção relativa no grupo das mulheres de 3,3%, apenas foram observados utilizadores femininos (tabela 13).

Para além da associação da variável “doenças e sintomas segundo a CID-11” ao sexo, o teste ANOVA a um fator mostrou que existia efeito da variável “doença e sintomas segundo a CID-11” sobre a idade [ $F(15,460)=3,918$ ;  $p=0,000$ ]. Assim, e após análise *post hoc*, verificou-se que a média da idade do grupo das doenças do sistema nervoso era diferente do grupo das doenças do sistema respiratório ( $p=0,022$ ) e do grupo dos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento ( $p=0,031$ ), e que a média da idade do grupo das doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo era diferente do grupo dos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento ( $p=0,024$ ), do grupo das doenças do sistema respiratório ( $p=0,001$ ) e do grupo das doenças da pele ( $p=0,046$ ). Para os restantes pares de grupos não foram observadas diferenças significativas.

Tendo ainda em consideração as proporções dos grupos de doenças de acordo com o CID-11, não foram observadas diferenças significativas segundo o trimestre (tabela 14). Contudo, é importante assinalar a tendência para alguns valores de prevalência superiores tendo em conta o trimestre ou o semestre. Assim, entre outubro e março, observou-se que os utilizadores apresentaram 70,8% ( $n=17$ ) das doenças do sistema digestivo, dois terços ( $n=16$ ) das doenças do sistema respiratório e 64,3% ( $n=9$ ) das doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas (tabela 14). Por outro lado, no 2º semestre do ano observou-se a presença de 77,8% ( $n=14$ ) dos distúrbios do sono-vigília e 63,1% ( $n=12$ ) das doenças da pele. No 1º semestre do ano observou-se a presença de 68,5% ( $n=13$ ) das doenças do sistema geniturinário. As doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo apresentavam valores de prevalência nos dois primeiros trimestres do ano na ordem dos 25%, no entanto, o valor observado para o 4º trimestre do ano era praticamente o dobro do valor observado para o 3º trimestre do ano. O 4º trimestre do ano foi o mais prevalente para este grupo de doenças (32,1%;  $n=54$ ).

**Tabela 14.** Distribuição por trimestre das doenças e sintomas segundo a CID-11: N – contagem (% por linha), teste e valor de prova para a diferença de proporções

|                                                                            | Total<br>N | 1º trimestre<br>N(%) | 2º trimestre<br>N(%) | 3º trimestre<br>N(%) | 4º trimestre<br>N(%) | LR     | p     |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------|-------|
| <b>Doenças e sintomas segundo a CID-11</b>                                 |            |                      |                      |                      |                      |        |       |
| 01. Certas doenças infecciosas ou parasitárias                             | 1          | 0                    | 0                    | 0                    | 1 (100%)             |        |       |
| 02. Neoplasias                                                             | 11         | 5 (45,5%)            | 2 (18,2%)            | 2 (18,2%)            | 2 (18,2%)            |        |       |
| 04. Doenças do sistema imunológico                                         | 6          | 2 (33,3%)            | 1 (16,7%)            | 2 (33,3%)            | 1 (16,7%)            |        |       |
| 05. Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas                        | 14         | 7 (50,0%)            | 3 (21,4%)            | 2 (14,3%)            | 2 (14,3%)            |        |       |
| 06. Transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento        | 65         | 17 (18,9%)           | 15 (23,1%)           | 18 (27,7%)           | 15 (23,1%)           |        |       |
| 07. Distúrbios de sono-vigília                                             | 18         | 3 (16,7%)            | 1 (5,6%)             | 5 (27,8%)            | 9 (50,0%)            |        |       |
| 08. Doenças do sistema nervoso                                             | 40         | 11 (27,5%)           | 10 (25,0%)           | 9 (22,5%)            | 10 (25,0%)           |        |       |
| 09. Doenças do sistema visual                                              | 2          | 1 (50,0%)            | 1 (50,0%)            | 0                    | 0                    |        |       |
| 10. Doenças do ouvido ou processo mastoide                                 | 7          | 2 (28,6%)            | 1 (14,3%)            | 1 (14,3%)            | 3 (42,9%)            | 48,530 | 0,572 |
| 11. Doenças do sistema circulatório                                        | 27         | 9 (33,3%)            | 6 (22,2%)            | 5 (18,5%)            | 7 (25,9%)            |        |       |
| 12. Doenças do sistema respiratório                                        | 24         | 8 (33,3%)            | 4 (16,7%)            | 4 (16,7%)            | 8 (33,3%)            |        |       |
| 13. Doenças do sistema digestivo                                           | 24         | 9 (37,5%)            | 2 (20,8%)            | 5 (8,3%)             | 8 (33,3%)            |        |       |
| 14. Doenças da pele                                                        | 19         | 6 (31,6%)            | 1 (5,3%)             | 7 (36,8%)            | 5 (26,3%)            |        |       |
| 15. Doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo          | 168        | 43 (25,6%)           | 42 (25,0%)           | 29 (17,3%)           | 54 (32,1%)           |        |       |
| 16. Doenças do sistema geniturinário                                       | 19         | 9 (47,4%)            | 4 (21,1%)            | 3 (15,8%)            | 3 (15,8%)            |        |       |
| 18. Gravidez, parto ou puerpério                                           | 1          | 0                    | 1 (100%)             | 0                    | 0                    |        |       |
| 21. Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte | 28         | 5 (17,9%)            | 9 (32,1%)            | 6 (21,4%)            | 8 (28,6%)            |        |       |
| 22. Lesões, envenenamento ou certas consequências de causas externas       | 4          | 2 (50,0%)            | 2 (50,0%)            | 0                    | 0                    |        |       |

#### 4.5. Caracterização dos quadros de dor

Tendo em conta todos os utilizadores, mais de metade dos indivíduos apresentava dor como queixa principal. Entre todos os casos de dor, 66,1% (n=166) das condições estava relacionada com a presença de doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo (tabela 15).

**Tabela 15.** Distribuição da localização da dor segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo

|                                 | Total<br>N(%) | Mulheres<br>N(%)  | Homens<br>N(%)    | LR     | p       |
|---------------------------------|---------------|-------------------|-------------------|--------|---------|
| <b>Localização da dor</b>       | (N = 251)     | (N = 167)         | (N = 84)          |        |         |
| Dor na coluna cervical          | 25 (10,0%)    | 16 (9,6%)         | 9 (10,7%)         |        |         |
| Dor na coluna torácica          | 18 (7,2%)     | 10 (6,0%)         | 8 (9,5%)          |        |         |
| Dor na coluna lombar            | 39 (15,5%)    | <b>18 (10,8%)</b> | <b>21 (25,0%)</b> |        |         |
| Ciática                         | 10 (4,0%)     | 8 (4,8%)          | 2 (2,4%)          |        |         |
| Dor na coluna, não especificada | 15 (6,0%)     | <b>15 (9,0%)</b>  | <b>0</b>          |        |         |
| Dor nas articulações (joelho)   | 21 (8,4%)     | 16 (9,6%)         | 5 (6,0%)          |        |         |
| Dor nas articulações (ombro)    | 30 (12,0%)    | 18 (10,8%)        | 12 (14,3%)        | 29,876 | 0,003 * |
| Dor nas articulações (pé)       | 12 (4,8%)     | 7 (4,2%)          | 5 (6,0%)          |        |         |
| Dor nas articulações (mão)      | 11 (4,4%)     | 8 (4,8%)          | 3 (3,6%)          |        |         |
| Dor no membro (superior)        | 4 (1,6%)      | 3 (1,8%)          | 1 (1,2%)          |        |         |
| Dor no membro (inferior)        | 12 (4,8%)     | 8 (4,8%)          | 4 (4,8%)          |        |         |
| Distúrbios de dor de cabeça     | 21 (8,4%)     | <b>19 (11,4%)</b> | <b>2 (2,4%)</b>   |        |         |
| Outras situações de dor         | 33 (13,1%)    | 21 (12,6%)        | 12 (14,3%)        |        |         |

\*  $p < 0,05$

No total, 72,1% (n=181) dos quadros de dor estavam relacionados com a coluna ou com as articulações, sendo 42,7% (n=107) referentes a quadros de dor na coluna e 29,6% (n=74) referentes a quadros de dor nas articulações. A região lombar, a região cervical e a articulação do ombro foram as regiões do corpo a apresentar valores superiores de prevalência de dor (todas acima dos 10%). Sensivelmente um em cada oito utilizadores apresentava dor que se localizava em outros locais que não a coluna, as articulações, os membros ou a cabeça.

Tendo em conta as proporções da localização da dor foram observadas diferenças significativas segundo o sexo (LR=29,876;  $p=0,003$ ). Assim, a proporção relativa dos homens na categoria da “dor na coluna lombar” era duas vezes e meia superior à proporção relativa das mulheres, a proporção relativa das mulheres na categoria “distúrbios de dor de cabeça” era aproximadamente cinco vezes superior à proporção relativa dos homens, e na categoria da “dor na coluna não especificada”, que tinha uma proporção relativa no grupo das mulheres de 9,0%, apenas foram observados casos em utilizadores femininos. Comparando os diferentes pares de grupos da variável “localização da dor”, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para a média da idade.

#### 4.6. Acompanhamento e efeito do primeiro tratamento

Considerando todos os utilizadores que realizaram pelo menos uma consulta de primeira vez entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020, 77% ( $n=368$ ) regressou para realizar uma segunda consulta. Até 50% dos utilizadores realizou três consultas (IIQ=5) e o número mais comum de consultas realizadas por indivíduo foi de duas consultas (23,4%;  $n=112$ ). Mais de metade dos utilizadores, ou seja, 256 utilizadores realizaram pelo menos três consultas, 34,9% ( $n=167$ ) dos utilizadores realizou pelo menos 5 consultas e 16,9% ( $n=81$ ) dos utilizadores realizou pelo menos 10 consultas. Em média, os utilizadores realizaram 6,5 consultas (DP=10,6), e 86 foi o número mais elevado de consultas realizadas por um único indivíduo.

**Tabela 16.** Comparação do número total de consultas segundo o sexo: média (desvio-padrão), teste e valor de prova para a diferença de médias

|             | Número total de consultas |         |       |
|-------------|---------------------------|---------|-------|
|             | Média (DP)                | U       | p     |
| <b>Sexo</b> |                           |         |       |
| Feminino    | 6,7 (10,7)                | 22577,5 | 0,227 |
| Masculino   | 6,2 (10,5)                |         |       |

Para os seis anos em análise, as mulheres realizaram em média 6,7 consultas, enquanto que os homens realizaram em média 6,2 consultas ( $U=22577,5$ ; 0,227) (tabela 16).

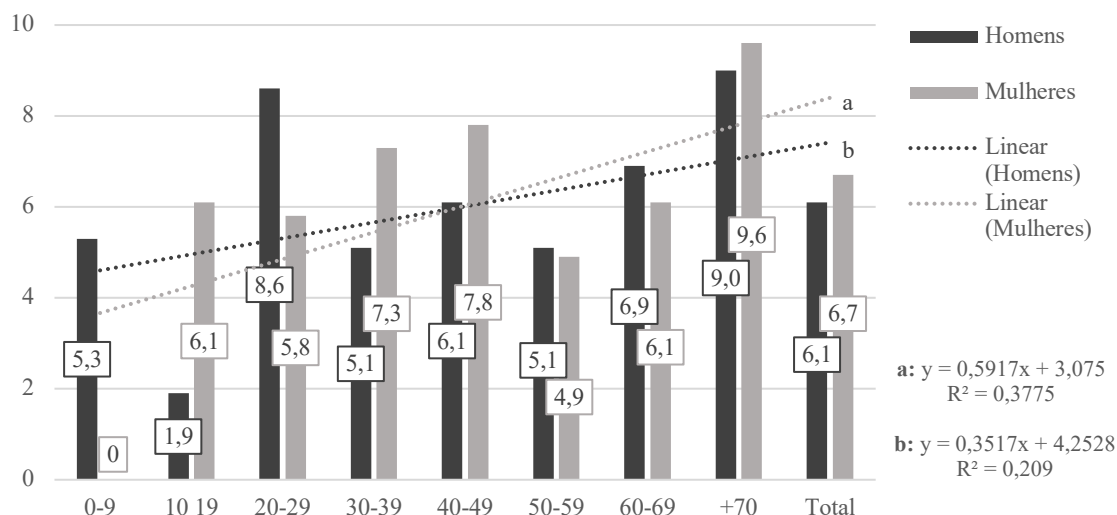
Relativamente à variável “número de consultas” não há evidência de existência de correlação com a idade (tabela 17).

**Tabela 17.** Correlação entre a idade e o número total de consultas

|              |                                       | Número total de consultas |
|--------------|---------------------------------------|---------------------------|
| <b>Idade</b> | Coeficiente de correlação de Spearman | - 0,034                   |
|              | p-value                               | 0,463                     |
|              | N                                     | 478                       |

Para ambos os sexos, a maior média de consultas realizadas por indivíduo ocorreu na faixa etária dos maiores de 70 anos (Média=9,6; DP=18,6 nas mulheres e Média=9,0; DP=21,2 nos homens) (gráfico 2). Tendo em conta os sexos, a faixa etária com a segunda maior média de consultas por indivíduo é a faixa etária dos 40 aos 49 anos para as mulheres e a faixa etária dos 20 aos 29 anos para os homens, com um valor de 7,8 (DP=13,9) e de 8,6 (DP=9,0) consultas realizadas por indivíduo, respetivamente.

**Gráfico 2.** Média do número total de consultas por faixa etária e por sexo



Para além das faixas etárias anteriormente referidas, a faixa etária dos 30 aos 39 anos nas mulheres e a faixa etária dos 60 aos 69 anos nos homens apresentavam uma média relativa superior à média global para o sexo (gráfico 2). Tendo ainda em consideração o sexo, a faixa etária com o menor valor para a média de consultas realizadas por indivíduo é a faixa etária dos 10 aos 19 anos com uma média de 1,9 (DP=0,6) consultas realizadas

pelos indivíduos do sexo masculino e a faixa etária dos 50 aos 59 anos com uma média de 4,9 (DP=5,3) consultas realizadas por mulher. Relativamente ao sexo feminino, a faixa etária dos 0 aos 9 anos não foi incluída nesta análise uma vez que não foi observado nenhum caso.

Relativamente ao grupo de doenças mais prevalente (grupo das doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo), 68,5% dos indivíduos voltou para realizar uma segunda consulta (n=115) (tabela 18). Os grupos de doenças em que a proporção de utilizadores que voltou para uma segunda consulta era superior ao valor observado para o grupo de doenças mais prevalente era o grupo dos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento (84,6%; n=55), o grupo das doenças do sistema nervoso (82,5%; n=33), o grupo das doenças do sistema circulatório (74,1%; n=20), o grupo das doenças do sistema respiratório (91,7%; n=22), o grupo das doenças da pele (84,2%; n=16) e o grupo dos distúrbios do sono-vigília com (83,3%; n=15) (tabela 18). Para os diferentes pares de grupos de doenças não foram observadas diferenças significativas segundo a variável “voltou para a 2ª consulta?” (LR=26,130; p=0,072).

Entre os grupos de doenças mais comuns (n>20), o grupo dos transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento era o que apresentava maior número médio de consultas realizadas por utilizador (8,5 consultas) (tabela 18). De seguida, surgiam as doenças do sistema digestivo (7,7 consultas) e as doenças do sistema nervoso (7,0 consultas). O grupo de doenças com menor número médio de consultas realizadas por utilizador foi o grupo dos distúrbios de sono-vigília (3,9 consultas).

No grupo de doenças mais prevalente (doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo), o número médio de consultas realizadas por indivíduo era de 4,6 consultas. Entre os grupos de doenças menos comuns (n≤20), é importante notar que no grupo das neoplasias o número médio de consultas realizadas por utilizador foi de 27 consultas.

Tendo em conta a variável “doenças e sintomas segundo a CID-11”, verificou-se que a média do número de consultas diferia significativamente entre os grupos (H=20,098; p=0,017) (tabela 18).

**Tabela 18.** Distribuição do número de consultas por doenças e sintomas: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo a variável "voltou para 2ª consulta?", teste e valor de prova para a diferença de médias

|                                                                            | Voltou para 2ª consulta? |                   |                    | Nº de consultas |       |            |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|-----------------|-------|------------|
|                                                                            | Total<br>N(%)            | Não<br>N(%)       | Sim<br>N(%)        | LR              | p     | Média (DP) |
| <b>Doenças e sintomas segundo a CID-11</b>                                 |                          |                   |                    |                 |       |            |
| 01. Certas doenças infecciosas ou parasitárias                             | 1 (0,2%)                 | 0                 | 1 (0,3%)           |                 |       | 36 (-)     |
| 02. Neoplasias                                                             | 11 (2,3%)                | 0                 | 11 (3,0%)          |                 |       | 27 (25,5)  |
| 04. Doenças do sistema imunológico                                         | 6 (1,3%)                 | 1 (0,9%)          | 5 (1,4%)           |                 |       | 4 (3,8)    |
| 05. Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas                        | 14 (2,9%)                | 3 (3,2%)          | 11 (3,0%)          |                 |       | 6,9 (8,6)  |
| 06. Transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento        | 65 (13,6%)               | 10 (9,1%)         | 55 (14,9%)         |                 |       | 8,5 (12,2) |
| 07. Distúrbios de sono-vigília                                             | 18 (3,8%)                | 3 (3,2%)          | 15 (4,1%)          |                 |       | 3,9 (4,7)  |
| 08. Doenças do sistema nervoso                                             | 40 (8,4%)                | 7 (6,4%)          | 33 (9,0%)          |                 |       | 7,5 (10,1) |
| 09. Doenças do sistema visual                                              | 2 (0,4%)                 | 1 (0,9%)          | 1 (0,3%)           |                 |       | 1,5 (0,7)  |
| 10. Doenças do ouvido ou processo mastoide                                 | 7 (1,5%)                 | 2 (1,8%)          | 5 (1,4%)           | 26,130          | 0,072 | 5,1 (6,1)  |
| 11. Doenças do sistema circulatório                                        | 27 (5,6%)                | 7 (6,4%)          | 20 (5,4%)          |                 |       | 7,2 (12,2) |
| 12. Doenças do sistema respiratório                                        | 24 (5,0%)                | 2 (1,8%)          | 22 (6,0%)          |                 |       | 7,0 (10,7) |
| 13. Doenças do sistema digestivo                                           | 24 (5,0%)                | 8 (7,3%)          | 16 (4,3%)          |                 |       | 7,7 (13,9) |
| 14. Doenças da pele                                                        | 19 (4,0%)                | 4 (3,6%)          | 16 (4,3%)          |                 |       | 6,9 (8,7)  |
| 15. Doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo          | 168 (35,1%)              | <b>52 (47,3%)</b> | <b>115 (31,3%)</b> |                 |       | 4,6 (8,2)  |
| 16. Doenças do sistema geniturinário                                       | 19 (4,0%)                | 3 (3,2%)          | 16 (4,3%)          |                 |       | 5,6 (8,1)  |
| 18. Gravidez, parto ou puerpério                                           | 1 (0,2%)                 | 0                 | 1 (0,3%)           |                 |       | 2 (-)      |
| 21. Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte | 28 (5,9%)                | 7 (6,4%)          | 21 (5,7%)          |                 |       | 4,5 (4,1)  |
| 22. Lesões, envenenamento ou certas consequências de causas externas       | 4 (0,8%)                 | 0                 | 4 (1,1%)           |                 |       | 6,0 (4,3)  |

Através da análise *post hoc*, verificou-se que a média do número de consultas do grupo das doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo era diferente do grupo dos transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento ( $p=0,007$ ). Para os restantes pares de grupos não foram observadas diferenças estatisticamente significativas segundo a variável “número de consultas”.

No início da segunda consulta, aproximadamente 7 em cada 10 utilizadores referiram que a queixa principal ou os sintomas que decorrem da queixa principal melhoraram após o primeiro tratamento (tabela 19). Entre todos os utilizadores que realizaram mais do que uma consulta, 17,4% referiu não ter sentido quaisquer alterações com o primeiro tratamento e apenas 2,4% dos utilizadores referiu que a queixa principal agravou após o tratamento. No total, apenas 7,9% dos utilizadores de MTC referiu que a queixa deixou de estar totalmente presente após o primeiro tratamento.

Para a variável efeito do primeiro tratamento não foram observadas diferenças significativas segundo o sexo ( $\chi^2=1,750$ ;  $p=0,626$ ) ou idade ( $H=4,213$ ;  $p=0,239$ ).

**Tabela 19.** Distribuição do efeito do primeiro tratamento: N – contagem (% por coluna), N<sub>ac</sub> – contagem acumulada (% acumulada por coluna) teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo

|                                | N(%)        | N <sub>ac</sub> (%) | Mulheres<br>N(%) | Homens<br>N(%) | $\chi^2$ | p     |
|--------------------------------|-------------|---------------------|------------------|----------------|----------|-------|
| <b>Efeito do 1º tratamento</b> |             |                     | (N = 259)        | (N = 109)      |          |       |
| Agravou                        | 9 (2,4%)    | 9 (2,4%)            | 5 (1,9%)         | 4 (3,7%)       | 1,750    | 0,626 |
| Sem alterações                 | 64 (17,4%)  | 73 (19,8%)          | 48 (18,5%)       | 16 (14,7%)     |          |       |
| Melhorou <sup>a</sup>          | 266 (72,3%) | 339 (92,1%)         | 185 (71,4%)      | 81 (74,3%)     |          |       |
| Resolvido                      | 29 (7,9%)   | 368 (100%)          | 21 (8,1%)        | 8 (7,3%)       |          |       |

<sup>a</sup> classe modal

Ainda para a variável “efeito do primeiro tratamento”, também não foram observadas diferenças significativas entre grupos de doenças (LR=67,863;  $p=0,057$ ) (anexo I). No entanto, nos grupos de doenças mais prevalentes ( $n>20$ ), a proporção de casos de melhoria é igual ou superior a dois terços em todos os grupos.

No grupo das doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo e no grupo dos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento, a

proporção de casos de melhoria após o primeiro tratamento é superior a 82% (anexo I). Por outro lado, o terceiro grupo de doenças mais prevalente (grupo das doenças do sistema nervoso) apresentava uma proporção de casos de melhoria após o primeiro tratamento de 72,8%.

Nos restantes grupos ( $n > 20$ ), nomeadamente no grupo das doenças do sistema respiratório e no grupo dos sintomas, sinais ou achados clínicos não classificados em outra parte, a proporção de casos de melhoria após o primeiro tratamento é superior a 85%. Por fim, é fundamental evidenciar que todos os utilizadores com uma queixa principal enquadrada no grupo das doenças do sistema circulatório referiram que a queixa principal melhorou após o primeiro tratamento ( $n=27$ ).

#### 4.7. Relação da queixa principal com os dados sociodemográficos e de utilização

Procedeu-se ao cálculo dos odds ratio ajustados (ORa), através da análise de regressão logística binária.

Relativamente ao grupo de doenças, apenas foi possível realizar a análise de regressão logística para a variável dependente “doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo” já que as restantes variáveis dependentes consideradas para esta análise (“transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento”, “doenças do sistema nervoso”, “doenças do sistema circulatório”, “doenças do sistema respiratório”, “doenças do sistema digestivo” e “sintomas, sinais ou achados clínicos não classificados em outra parte”) apresentavam *outliers*.

As variáveis independentes incluídas na regressão logística foram o sexo, a situação profissional, a faixa etária, “voltou para 2ª consulta?”, “efeito do primeiro tratamento” e a variável *dummy* “número de consultas”. A codificação da variável “número de consultas” implicou a utilização dos valores “menos de 3 consultas” e “3 ou mais consultas”, sendo o ponto de corte desta variável o valor da sua mediana. Relativamente à faixa etária, a codificação implicou a correspondência de cada valor da variável aos quartis da variável idade.

#### 4.7.1. Relação da queixa principal com os dados sociodemográficos

Considerando apenas as queixas principais (tabela 20), um homem tinha 1,7 maior chance de sofrer de uma doença do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo quando comparado a uma mulher ( $p=0,009$ ).

Da mesma forma, um reformado tinha 1,8 maior chance de sofrer de uma doença do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo quando comparado com um trabalhador ( $p=0,037$ ).

**Tabela 20.** Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável “doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo”: em função das variáveis sexo, “situação profissional” e a faixa etária

|                              | p            | ORa          | IC 95% para ORa |
|------------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| <b>Sexo</b>                  |              |              |                 |
| Feminino                     |              |              |                 |
| Masculino                    | <b>0,009</b> | <b>1,711</b> | [1,416; 2,555]  |
| <b>Situação profissional</b> |              |              |                 |
|                              | 0,064        |              |                 |
| Trabalhador                  |              |              |                 |
| Estudante                    | 0,179        | 0,634        | [0,326; 1,233]  |
| Desempregado                 | 0,536        | 1,523        | [0,402; 5,722]  |
| Reformado                    | <b>0,037</b> | <b>1,835</b> | [1,036; 3,250]  |
| <b>Faixa etária</b>          |              |              |                 |
|                              | 0,000        |              |                 |
| 0 – 30 anos                  |              |              |                 |
| 31 – 42 anos                 | 0,397        | 1,277        | [0,725; 2,248]  |
| 43 – 55 anos                 | 0,051        | 1,739        | [0,999; 3,029]  |
| + 55 anos                    | <b>0,000</b> | <b>3,226</b> | [1,873; 5,557]  |

Por outro lado, um utilizador com mais de 55 anos tinha 3,2 maior chance de sofrer de uma doença do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo quando comparado com um utilizador com idade até aos 30 anos ( $p<0,001$ ).

Por esse motivo, ser homem, ter mais de 55 anos ou ser reformado estava associado às doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo.

#### 4.7.2. Relação da queixa com o acompanhamento e o efeito do primeiro tratamento

Os indivíduos que não regressavam para uma segunda consulta de MTC tinham duas vezes maior chance de ter uma doença do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo quando comparados com aqueles que regressavam para realizar uma segunda consulta ( $p=0,003$ ) (tabela 21).

Da mesma forma, um utilizador que realizou menos de 3 consultas tinha duas vezes maior chance de ter uma doença do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo, quando comparado a um utilizador que realizou 3 ou mais consultas ( $p=0,001$ ).

**Tabela 21.** Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável “doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo”: em função das variáveis “voltou para 2ª consulta?”, “número de consultas” e “efeito do 1º tratamento”

|                                 | p            | ORa          | IC 95% para ORa |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| <b>Voltou para 2ª consulta?</b> |              |              |                 |
| Não                             | <b>0,003</b> | <b>1,948</b> | [1,262; 3,006]  |
| Sim                             |              |              |                 |
| <b>Número de consultas</b>      |              |              |                 |
| Menos de 3 consultas            | <b>0,001</b> | <b>1,947</b> | [1,331; 2,848]  |
| 3 ou mais consultas             |              |              |                 |
| <b>Efeito do 1º tratamento</b>  |              |              |                 |
|                                 | 0,000        |              |                 |
| Agravou                         | 0,436        | 1,704        | [0,446; 6,505]  |
| Sem alterações                  | 0,117        | 0,596        | [0,312; 1,138]  |
| Melhorou                        |              |              |                 |
| Resolvido                       | 0,307        | 0,470        | [0,687; 3,288]  |

Assim, não voltar para uma segunda consulta ou realizar menos de 3 consultas estava associado às doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo.

### 4.7.3. Relação da utilização com os dados sociodemográficos

Nesta análise foram utilizadas como variáveis de resposta a variável “voltou para 2ª consulta?” e a variável *dummy* “número de consultas”. Contudo, no modelo de regressão obtido não foram observados resultados estatisticamente significativos (tabela 22).

**Tabela 22.** Coeficientes *Logit* do modelo de regressão logística da variável “voltou para 2ª consulta” e “número de consultas”: em função das variáveis sexo, “situação profissional” e faixa etária

|                          |                              | p     | ORa   | IC 95% para ORa |
|--------------------------|------------------------------|-------|-------|-----------------|
| Voltou para 2ª consulta? | <b>Sexo</b>                  |       |       |                 |
|                          | Feminino                     |       |       |                 |
|                          | Masculino                    | 0,571 | 0,876 | [0,555; 1,383]  |
|                          | <b>Situação profissional</b> | 0,301 |       |                 |
|                          | Trabalhador                  |       |       |                 |
|                          | Estudante                    | 0,376 | 1,409 | [0,659; 3,102]  |
|                          | Desempregado                 | 0,144 | 0,369 | [0,097; 1,405]  |
|                          | Reformado                    | 0,464 | 0,787 | [0,414; 1,495]  |
|                          | <b>Faixa etária</b>          | 0,499 |       |                 |
|                          | 0 – 30 anos                  |       |       |                 |
|                          | 31 – 42 anos                 | 0,246 | 0,698 | [0,380; 1,281]  |
|                          | 43 – 55 anos                 | 0,628 | 0,856 | [0,457; 1,604]  |
|                          | + 55 anos                    | 0,167 | 0,653 | [0,356; 1,196]  |
| Número de consultas      | <b>Sexo</b>                  |       |       |                 |
|                          | Feminino                     |       |       |                 |
|                          | Masculino                    | 0,103 | 0,723 | [0,489; 1,068]  |
|                          | <b>Situação profissional</b> | 0,936 |       |                 |
|                          | Trabalhador                  |       |       |                 |
|                          | Estudante                    | 0,762 | 0,914 | [0,511; 1,636]  |
|                          | Desempregado                 | 0,566 | 0,677 | [0,179; 2,562]  |
|                          | Reformado                    | 0,842 | 0,944 | [0,535; 1,666]  |
|                          | <b>Faixa etária</b>          | 0,872 |       |                 |
|                          | 0 – 30 anos                  |       |       |                 |
|                          | 31 – 42 anos                 | 0,583 | 0,869 | [0,526; 1,436]  |
|                          | 43 – 55 anos                 | 0,842 | 1,053 | [0,634; 1,749]  |
|                          | + 55 anos                    | 0,682 | 0,900 | [0,543; 1,490]  |

#### 4.8. Caracterização da queixa principal segundo a diferenciação da MTC

Tendo em conta a diferenciação de síndromes energéticas segundo a MTC, dois em cada três utilizadores tiveram como fator predominante as síndromes do sistema do fígado ( $n=160$ ) ou as síndromes do sistema de meridianos e colaterais ( $n=159$ ) (tabela 23). O terceiro sistema de síndromes mais comum era o sistema do baço uma vez que era o sistema predominante para um em cada sete utilizadores (14,4%;  $n=69$ ). Os restantes sistemas apresentam valores de prevalência abaixo dos 10%, com destaque para o sistema pulmonar uma vez que foi o sistema menos predominante com apenas 3,8% ( $n=18$ ) dos casos. O sistema renal e o sistema cardíaco apresentavam valores semelhantes e na ordem dos 7,5%, sendo o somatório destes dois sistemas equivalente ao valor do sistema do baço.

Relativamente às proporções dos sistemas de síndromes energéticas foram observadas diferenças significativas segundo o sexo ( $\chi^2=17,927$ ;  $p=0,003$  e  $\Phi_c=0,194$ ;  $p=0,003$ ). Assim, verificou-se que no sistema hepático a proporção relativa das mulheres era sensivelmente 40% superior à proporção relativa dos homens, e que no sistema pulmonar a proporção relativa dos homens era três vezes e meia superior à proporção relativa das mulheres. Para as restantes categorias do sistema de síndromes energéticas não foram observadas diferenças segundo o sexo (tabela 23).

Para além da observação da existência de diferenças nos sistemas de síndromes energéticas segundo o sexo, o teste Kruskal-Wallis mostrou que existia efeito da variável “sistemas de síndromes energéticos” sobre a idade ( $H=34,532$ ;  $p=0,000$ ) (tabela 23). Assim, e segundo a análise *post-hoc*, a média da idade do sistema renal era diferente da média da idade do sistema hepático ( $p=0,042$ ), da média da idade do sistema do baço ( $p=0,007$ ) e da média da idade do sistema pulmonar ( $p=0,030$ ). Da mesma forma, a média da idade do sistema dos meridianos e colaterais era diferente da média da idade do sistema hepático ( $p=0,000$ ), da média da idade do sistema do baço ( $p=0,000$ ) e da média da idade do sistema pulmonar ( $p=0,015$ ).

No que diz respeito à existência de diferenças relativamente à média da idade para os diferentes pares de síndromes de cada um dos sistemas de órgãos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (tabela 23 a 26).

**Tabela 23.** Distribuição dos padrões energéticos e dos padrões do sistema hepático segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo teste e valor de prova para a diferença de médias

|                                                       | Sexo          |                       |                      | Idade                |                       |                         |
|-------------------------------------------------------|---------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|
|                                                       | Total<br>N(%) | Mulheres<br>N(%)      | Homens<br>N(%)       | Teste                | p                     | Média (DP)              |
| <b>Sistemas de síndromes energéticas</b>              |               |                       |                      |                      |                       |                         |
| Sistema hepático                                      | (N = 478)     | (N = 332)             | (N = 146)            |                      |                       |                         |
|                                                       | 160 (33,5%)   | 122 (36,7%)           | 38 (26,0%)           |                      |                       | 40,3 (1,2)              |
| Sistema cardíaco                                      | 37 (7,7%)     | 29 (8,7%)             | 8 (5,5%)             |                      |                       | 44,9 (18,9)             |
| Sistema do baço                                       | 69 (14,4%)    | 43 (13,0%)            | 26 (17,8%)           | 17,927 <sup>a</sup>  | 0,003 <sup>*</sup>    | 37,3 (14,1)             |
| Sistema pulmonar                                      | 18 (3,8%)     | 7 (2,1%)              | 11 (7,5%)            |                      |                       | 34,8 (20,5)             |
| Sistema renal                                         | 35 (7,3%)     | 28 (8,4%)             | 7 (4,8)              |                      |                       | 49,1 (14,5)             |
| Meridianos e colaterais                               | 159 (33,3%)   | 103 (31,0%)           | 56 (38,4%)           |                      |                       | 47,9 (17,4)             |
| <b>Síndromes do sistema hepático</b>                  |               |                       |                      |                      |                       |                         |
| SF50. Deficiência do yin do fígado                    | 18 (11,3%)    | 9 (7,4%)              | 9 (23,7%)            |                      |                       | 44,4 (21,9)             |
| SF52. Hiperatividade ascendente do yang do fígado     | 15 (9,4%)     | 12 (9,8%)             | 3 (7,9%)             |                      |                       | 42,5 (14,2)             |
| SF54. Deficiência de sangue do fígado                 | 32 (20,0%)    | 26 (21,3%)            | 6 (15,8%)            |                      |                       | 38,0 (12,0)             |
| SF55. Depressão hepática e padrão de estase de sangue | 5 (3,1%)      | 4 (3,3%)              | 1 (2,6%)             |                      |                       | 47,8 (16,1)             |
| SF57. Estagnação de qi do fígado                      | 46 (28,7%)    | 37 (30,3%)            | 9 (23,7%)            | 14,851 <sup>b</sup>  | 0,138                 | 41,2 (14,5)             |
| SF58. Fogo do fígado ascendente                       | 8 (5,0%)      | 7 (5,7%)              | 1 (2,6%)             |                      |                       | 30,1 (7,3)              |
| SF59. Calor do fígado a estimular o vento             | 7 (4,4%)      | 6 (4,9%)              | 1 (2,6%)             |                      |                       | 39,0 (6,3)              |
| SF5A. Humidade-calor do fígado-vesícula biliar        | 9 (5,6%)      | 7 (5,7%)              | 2 (5,3%)             |                      |                       | 45,0 (16,4)             |
| SF5J. Desarmonia dos sistemas do fígado e do baço     | 2 (1,3%)      | 1 (0,8%)              | 1 (2,6%)             |                      |                       | 24,0 (15,6)             |
| SF5K. Desarmonia dos sistemas do fígado e do estômago | 11 (6,9%)     | 6 (4,9%)              | 5 (13,2%)            |                      |                       | 39,9 (14,4)             |
| SF5M. Fogo do fígado a invadir o sistema pulmonar     | 7 (4,4%)      | 7 (5,7%)              | 0                    |                      |                       | 35,6 (14,2)             |
|                                                       |               |                       |                      |                      |                       |                         |
| <sup>a</sup> Teste $\chi^2$                           |               | <sup>b</sup> Teste LR | <sup>c</sup> Teste H | <sup>d</sup> Teste F | <sup>*</sup> p < 0,05 | <sup>**</sup> p < 0,001 |

Entre as diferentes síndromes do sistema hepático, a síndrome mais comum era a estagnação de qi do fígado com uma proporção relativa de 28,7% (tabela 23). Tendo em conta as síndromes exclusivamente relacionadas com este sistema, aproximadamente uma em cada duas queixas relacionadas com este sistema estavam associadas a quadros de excesso e 40% das queixas estavam relacionadas com quadros de deficiência. As restantes situações estavam relacionadas com quadros clínicos que envolvem o sistema hepático e outros sistemas. A síndrome de deficiência mais comum era a deficiência de sangue do fígado (20,0%), e, tendo em conta todos os sistemas de órgãos, a deficiência de sangue do fígado era a segunda síndrome mais comum, logo a seguir à estagnação de qi do fígado.

Considerando as síndromes energéticas que envolvem o sistema hepático e os restantes sistemas, a desarmonia entre o sistema do fígado e do estômago era a mais prevalente, estando presente em 6,9% dos casos relacionados com o sistema hepático. Embora para a variável síndromes do sistema hepático não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo, tendo em conta a análise de resíduos padronizados ajustados, nos quadros de deficiência de yin do fígado observou-se a existência de diferença entre os sexos. Nesta situação, a proporção relativa dos homens era mais de três vezes superior à proporção relativa das mulheres.

Relativamente às síndromes do sistema cardíaco e do sistema do baço, a síndrome mais comum de cada um dos sistemas era a deficiência de yin do coração e a deficiência de qi do baço, com valores de proporção relativa de 35,1% e 26,1%, respetivamente (tabela 24). Contudo, em valores absolutos, o número de casos da deficiência de qi do baço era superior ao número de casos da deficiência de yin do coração, e correspondia a 3,8% entre todos os casos. Os quadros de deficiência correspondiam a 75,7% dos casos do sistema cardíaco e a 89,9% dos casos do sistema do baço.

Relativamente ao sistema do baço, 29,0% das queixas estavam associadas a quadros mistos, ou seja, a quadros de deficiência e de excesso (tabela 24). Um em cada quatro indivíduos com patologias relacionadas com o sistema do baço apresentava síndromes energéticas diretamente relacionados com o estômago, no entanto, a maioria das queixas era de deficiência de yin.

**Tabela 24.** Distribuição dos padrões do sistema cardíaco e do sistema do baço segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo, teste e valor de prova para a diferença de médias

|                                                      | Sexo                  |                       |                |        | Idade   |             |                     |
|------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|--------|---------|-------------|---------------------|
|                                                      | Total<br>N(%)         | Mulheres<br>N(%)      | Homens<br>N(%) | LR     | p       | Média (DP)  | Teste               |
| <b>Síndromes do sistema cardíaco</b>                 |                       |                       |                |        |         |             |                     |
| SF60. Deficiência do qi do coração                   | (N = 37)<br>5 (13,5%) | (N = 29)<br>5 (17,2%) | (N = 8)<br>0   |        |         | 50,4 (20,8) |                     |
| SF61. Deficiência do sangue do coração               | 9 (24,3%)             | 9 (31,0%)             | 0              |        |         | 41,2 (19,5) |                     |
| SF62. Deficiência do qi e sangue do coração          | 1 (2,7%)              | 1 (3,4%)              | 0              | 12,313 | 0,031 * | 58,0 (-)    | 0,507 <sup>a</sup>  |
| SF63. Obstrução do meridiano do coração              | 4 (10,8%)             | 2 (6,9%)              | 2 (25,0%)      |        |         | 35,8 (26,1) |                     |
| SF64. Deficiência de yin do coração                  | 13 (35,1%)            | 10 (34,5%)            | 3 (37,5%)      |        |         | 44,2 (15,7) |                     |
| SF68. Fogo do coração ascendente                     | 5 (13,5%)             | 2 (6,9%)              | 3 (37,5%)      |        |         | 51,6 (23,3) |                     |
| <b>Síndromes do sistema do baço</b>                  |                       |                       |                |        |         |             |                     |
| SF70. Deficiência de qi do baço                      | 18 (26,1%)            | 10 (23,3%)            | 8 (30,8%)      |        |         | 38,6 (16,6) |                     |
| SF71. Afundamento de qi do baço                      | 2 (2,9%)              | 1 (2,3%)              | 1 (3,8%)       |        |         | 25,5 (10,7) |                     |
| SF72. Deficiência de qi do baço com estagnação de qi | 10 (14,5%)            | 6 (14,0%)             | 4 (15,4%)      |        |         | 33,9 (13,8) |                     |
| SF73. Deficiência do baço com retenção de alimentos  | 2 (2,9%)              | 1 (2,3%)              | 1 (3,8%)       |        |         | 37,0 (14,1) |                     |
| SF74. Baço a falhar em controlar o sangue            | 1 (1,4%)              | 1 (2,3%)              | 0              | 19,790 | 0,031 * | 22,0 (-)    | 10,331 <sup>b</sup> |
| SF77. Deficiência de yang do baço                    | 3 (4,3%)              | 1 (2,3%)              | 2 (7,7%)       |        |         | 52,0 (14,7) | 0,412               |
| SF78. Humidade-calor a obstruir o sistema do baço    | 2 (2,9%)              | 1 (2,3%)              | 1 (3,8%)       |        |         | 34,5 (13,4) |                     |
| SF79. Deficiência do baço com acúmulo de humidade    | 8 (11,6%)             | 8 (18,6%)             | 0              |        |         | 37,0 (10,8) |                     |
| SF7A. Deficiência do baço com acúmulo de água        | 6 (8,7%)              | 6 (14,0%)             | 0              |        |         | 45,3 (13,4) |                     |
| SF7E. Deficiência de yin do estômago                 | 12 (17,4%)            | 7 (16,3%)             | 5 (19,2%)      |        |         | 36,4 (14,1) |                     |
| SF7F. Calor do estômago                              | 5 (7,2%)              | 1 (2,3%)              | 4 (15,4%)      |        |         | 33,0 (11,9) |                     |

<sup>a</sup> Teste F      <sup>b</sup> Teste H      \* p < 0,05

Considerando apenas as síndromes do sistema cardíaco, um em cada quatro indivíduos tinha deficiência de sangue do coração e um em cada quatro utilizadores tinha a síndrome de deficiência de qi do coração ou de fogo do coração ascendente (tabela 24).

Para o sistema cardíaco e para o sistema do baço foram observadas diferenças significativas segundo o sexo (LR=12,313; p=0,031 e LR=19,790; p=0,031). Após a análise *post hoc*, verificou-se que na síndrome de fogo do coração a proporção relativa dos homens era sensivelmente cinco vezes e meia superior à proporção relativa das mulheres e que na síndrome de calor do estômago a proporção relativa dos homens era mais de seis vezes e meia superior à proporção relativa das mulheres. Nas síndromes de deficiência do baço com acúmulo de humidade ou com acúmulo de água foram igualmente observadas diferenças significativas segundo o sexo. No entanto, as diferenças estão relacionadas com o facto de não terem sido observados casos de homens a apresentar estas síndromes como fatores predominantes (tabela 24).

Tendo em consideração todos os sistemas de órgãos, o sistema pulmonar era o que apresentava menor prevalência de casos (tabela 23). Entre as síndromes energéticas relacionados com este sistema, um em cada dois indivíduos apresentava deficiência de qi do pulmão, e um em cada quatro tinha fleuma frio a obstruir o pulmão (tabela 25). As restantes síndromes energéticas do sistema pulmonar apresentavam valores residuais.

Logo a seguir ao sistema pulmonar, os sistemas com menor número de casos observados foram o sistema renal e o sistema cardíaco. Contudo, o número de casos observados para cada um dos sistemas era aproximadamente o dobro do número de casos observados para o sistema pulmonar (tabela 23).

A síndrome mais comum no sistema renal era a deficiência de yin do rim, e estava presente em um em cada dois indivíduos com queixas relacionadas com o sistema (tabela 25). Entre todos os sistemas de órgãos, a deficiência de yin do rim, juntamente com a deficiência de yin do fígado e com a deficiência de qi do baço-pâncreas, era a terceira síndrome mais comum. As três síndromes, individualmente, tinham uma prevalência total de 3,8% e, combinadas, tinham um peso global de 11,3%. Se às três síndromes referidas juntarmos as duas síndromes mais prevalentes, isto é, a estagnação de qi do fígado e a

**Tabela 25.** Distribuição dos padrões do sistema pulmonar e do sistema renal segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo, teste e valor de prova para a diferença de médias

|                                                     | Sexo          |                  |                | Idade  |       |             |
|-----------------------------------------------------|---------------|------------------|----------------|--------|-------|-------------|
|                                                     | Total<br>N(%) | Mulheres<br>N(%) | Homens<br>N(%) | LR     | p     |             |
| <b>Síndromes do sistema pulmonar</b>                |               |                  |                |        |       |             |
| SF80. Deficiência de qi do pulmão                   | (N = 18)      | (N = 7)          | (N = 11)       |        |       |             |
|                                                     | 9 (50,0%)     | 5 (71,4%)        | 4 (36,4%)      |        |       | 45,2 (16,2) |
| SF85. Fleuma frio a obstruir o pulmão               | 5 (27,8%)     | 1 (14,3%)        | 4 (36,4%)      | 3,915  | 0,418 | 22,4 (26,9) |
| SF89. Fleuma quente a obstruir o pulmão             | 2 (11,1%)     | 1 (14,3%)        | 1 (9,1%)       |        |       | 22,5 (3,5)  |
| SF8G. Humidade-calor do intestino grosso            | 1 (5,6%)      | 0                | 1 (9,1%)       |        |       | 37,0 (-)    |
| SF8H. Deficiência de fluidos do intestino grosso    | 1 (5,6%)      | 0                | 1 (9,1%)       |        |       | 26,0 (-)    |
| <b>Síndromes do sistema renal</b>                   |               |                  |                |        |       |             |
| SF90. Deficiência de qi do rim                      | 3 (8,6%)      | 1 (3,6%)         | 2 (28,1%)      |        |       | 66,7 (11,7) |
| SF92. Deficiência de qi do rim com retenção de água | 1 (2,9%)      | 0                | 1 (14,3%)      |        |       | 57,0 (-)    |
| SF93. Deficiência de yin do rim                     | 18 (51,4%)    | 14 (50,0%)       | 4 (57,1%)      |        |       | 50,7 (14,1) |
| SF96. Deficiência da essência do rim                | 2 (5,7%)      | 2 (7,1%)         | 0              | 12,140 | 0,096 | 43,5 (12,0) |
| SF97. Deficiência de yang do rim                    | 3 (8,6%)      | 3 (10,7%)        | 0              |        |       | 54,3 (13,6) |
| SF99. Acúmulo de sangue e calor no útero            | 3 (8,6%)      | 3 (10,7%)        | 0              |        |       | 31,5 (4,5)  |
| SF9C. Estagnação de frio no útero                   | 1 (2,9%)      | 1 (3,6%)         | 0              |        |       | 40,7 (4,6)  |
| SF9G. Humidade-calor da bexiga                      | 4 (11,4%)     | 4 (14,3%)        | 0              |        |       | 44,0 (-)    |

deficiência de sangue do fígado, é possível constatar que um em cada quatro indivíduos apresentava uma destas cinco síndromes (tabela 23). Ainda relativamente ao sistema renal, e excluindo a deficiência de yin do rim, as restantes síndromes apresentavam valores semelhantes. Para as síndromes do sistema renal e para as síndromes do sistema pulmonar não foram observadas diferenças segundo o sexo (tabela 25).

Relativamente às queixas principais associadas ao sistema de meridianos e colaterais, a síndrome mais comum era a síndrome do meridiano da bexiga, estando presente em 28,3% dos casos (tabela 26). Logo a seguir, a síndrome do meridiano do intestino grosso, do meridiano do intestino delgado e do meridiano da vesícula biliar apresentavam valores iguais, na ordem dos 15,1%. As quatro síndromes de meridianos e colaterais mencionadas correspondiam a 73,6% dos casos relacionados com o sistema de meridianos e colaterais e a 24,5% entre todos os casos. Considerando as restantes síndromes energéticas dos meridianos e colaterais, a síndrome do meridiano do rim era a única a apresentar um valor de prevalência superior a 10%, e era a mais prevalente entre todos os meridianos *yin*. Para o sistema de meridianos e colaterais não foram observadas diferenças significativas segundo o sexo (LR=13,899; p=0,126).

As síndromes energéticas que envolvem os meridianos yang representam 84,9% de todos os casos relacionados com as síndromes energéticas dos meridianos e colaterais, e apenas 15,1% dos casos estão relacionados com os meridianos *yin* (tabela 26). Tendo em conta a localização, as queixas relacionadas com os meridianos do pé predominam sobre as queixas relacionadas com os meridianos da mão, e, tendo em conta o nível energético, as queixas relacionadas os níveis energéticos *yang* predominam sobre as queixas relacionadas com os níveis energéticos *yin*.

Assim, os meridianos do pé tinham uma prevalência de 60,1% e os meridianos da mão tinham uma prevalência de 38,3%. Por outro lado, a maioria dos casos que envolviam o sistema de meridianos e colaterais tinha como fator predominante desequilíbrios energéticos no nível energético *tai yang* (43,4%). Logo a seguir, surgia o nível energético *shao yang* (21,4%) e o nível energético *yang ming* (18,9%). Considerando os níveis energéticos *yin*, o mais prevalente era o nível energético *shao yin* (11,3%), sendo seguido pelo *jue yin* (3,8%). Para o nível energético *tai yin* não foram observados casos.

**Tabela 26.** Distribuição dos padrões dos meridianos e colaterais segundo a CID-11: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo, teste e valor de prova para a diferença de médias

|                                                  | Sexo          |                  |                |        | Idade |             |       |
|--------------------------------------------------|---------------|------------------|----------------|--------|-------|-------------|-------|
|                                                  | Total<br>N(%) | Mulheres<br>N(%) | Homens<br>N(%) | LR     | p     | Média (DP)  | F     |
| <b>Síndromes dos meridianos e colaterais</b>     | (N = 159)     | (N = 103)        | (N = 56)       |        |       |             |       |
| SG21. Síndrome do meridiano do intestino grosso  | 24 (15,1%)    | 11 (10,7%)       | 13 (23,2%)     |        |       | 49,8 (13,5) |       |
| SG22. Síndrome do meridiano do estômago          | 6 (3,8%)      | 5 (4,9%)         | 1 (1,8%)       |        |       | 41,7 (25,2) |       |
| SG25. Síndrome do meridiano do intestino delgado | 24 (15,1%)    | 13 (12,6%)       | 11 (19,6%)     |        |       | 45,5 (15,1) |       |
| SG26. Síndrome do meridiano do bexiga            | 45 (28,3%)    | 28 (27,2%)       | 17 (30,4%)     |        |       | 47,5 (16,7) |       |
| SG27. Síndrome do meridiano do rim               | 18 (11,3%)    | 14 (13,6%)       | 4 (7,1%)       | 13,899 | 0,126 | 53,7 (16,6) | 0,833 |
| SG28. Síndrome do meridiano do pericárdio        | 3 (1,9%)      | 2 (1,9%)         | 1 (1,8%)       |        |       | 29,0 (6,1)  |       |
| SG29. Síndrome do meridiano do triplo aquecedor  | 10 (6,3%)     | 9 (8,7%)         | 1 (1,8%)       |        |       | 50,5 (20,9) |       |
| SG2A. Síndrome do meridiano do vesícula biliar   | 24 (15,1%)    | 17 (16,5%)       | 7 (12,5%)      |        |       | 47,0 (22,0) |       |
| SG2B. Síndrome do meridiano do fígado            | 3 (1,9%)      | 3 (2,9%)         | 0              |        |       | 52,0 (7,9)  |       |
| SG30. Síndrome do meridiano do vaso governador   | 2 (1,3%)      | 1 (1,0%)         | 1 (1,8%)       |        |       | 48,5 (21,9) |       |

## 5. Discussão

O quadro geral de saúde das comunidades, assim como o sistema de prestação de cuidados que respondem aos problemas relacionados com a doença, tendem a transitar com o tempo uma vez que o ser humano refina a forma como pensa, como se comporta, como se observa a si próprio e como contempla a vida em geral. Recentemente, Portugal deu um passo relevante para que a saúde geral dos portugueses possa transitar para um estado diferente, potencialmente de melhor condição, demonstrando visão ao reconhecer a importância de determinadas práticas da antiguidade para ultrapassar os problemas da modernidade. No entanto, e apesar de, atualmente, a MTC ter uma estrutura normativa e legal que suporta a atividade dos seus profissionais, desconhece-se o real impacto desta área nas diferentes dimensões da sociedade portuguesa, nomeadamente, o motivo que induz a procura pelos cuidados da área.

Dado o exposto, definiu-se como objetivo geral deste estudo analisar o perfil de procura dos utilizadores de MTC na região da Grande Lisboa para o período entre 2015 e 2020. Para que os objetivos do estudo fossem cumpridos construiu-se um desenho observacional, transversal, analítico, e procedeu-se à recolha de dados recorrendo a fontes de dados secundários (registos clínicos) de um centro de consultas, exclusivamente de MTC, situado no centro do concelho de Lisboa, e associado à primeira escola de MTC em Portugal.

Após o tratamento dos dados, foi possível verificar que a procura de cuidados de MTC tem vindo a aumentar, sendo de realçar o aumento de utilizadores nos anos de 2016 e 2017. Acredita-se que o aumento verificado foi, porventura, influenciado pelo início do primeiro ciclo de estudo das TNC em Portugal durante o ano letivo de 2016/2017. O ano de menor procura foi o de 2020, podendo esta evidência ser justificada com o atual contexto pandémico. No último ano, e a partir do mês de maio, isto é, após o levantamento do confinamento geral em território português (que implicou a interrupção da atividade clínica), verificou-se um decréscimo no número médio de novos utilizadores por mês. Embora a procura pela MTC tenha sido errática e intermitente a partir do mês de maio de 2020, é importante assinalar que os dados disponíveis não permitem saber se a redução

observada foi verificada na frequência de utilização por parte dos utilizadores recorrentes, uma vez que apenas analisámos os padrões de procura de cuidados relativos aos utilizadores que recorreram pela primeira vez aos cuidados no período estipulado.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, o utilizador típico da MTC era do sexo feminino, português, com idade entre os 30 e os 50 anos, residia no concelho de Lisboa ou nos concelhos limítrofes da Amadora, Loures, Odivelas ou Oeiras, e trabalhava nas áreas intelectuais e científicas. Procurava os cuidados de saúde de MTC por queixas relacionadas com as doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo, os transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento ou as doenças do sistema nervoso. Os quadros patológicos apresentados tendiam a ser crónicos uma vez que, no momento da primeira consulta, mais de metade dos indivíduos apresentava a queixa principal há mais de um ano e aproximadamente 40% dos indivíduos apresentava a queixa principal há mais de dois anos. Frequentemente, o utilizador apresentava comorbilidade e quadros de dor, dor esta que tendia a estar localizada na coluna cervical e na coluna lombar, ou na articulação dos ombros. Em média, o utilizador de MTC realizava cerca de 7 consultas, não existindo diferenças de género. Frequentemente, o utilizador tendia a realizar pelo menos uma consulta de seguimento, e mais de metade realizava pelo menos 3 consultas. O número de consultas realizadas por indivíduo tendia a aumentar com a idade, em particular nas mulheres. Nos utilizadores que realizavam pelo menos uma consulta de seguimento, a tendência era para apresentarem melhorias clínicas associadas à queixa principal no início da segunda consulta.

O sexo feminino é apontado na literatura como um determinante para uma maior utilização das MT&C e da MTC. Relativamente às MT&C, este facto é observado na Austrália, no Brasil e no estudo que remete para a análise de países dos cinco continentes (99,104,112). Da mesma forma, e relativamente à MTC, ser mulher é determinante para uma maior utilização em dois países desenvolvidos do continente asiático, Hong Kong e Taiwan (118,119).

Em relação à faixa etária mais frequente, os resultados não coincidem exatamente com os resultados observados em estudos internacionais similares. Contudo, o estudo que visava a análise de mais de três dezenas de países dos cinco continentes considerava a

meia idade como um determinante para a utilização das MT&C, e o inquérito nacional de saúde do Brasil referia que a idade acima dos 40 anos é um fator associado a uma maior utilização das MT&C (99,104).

No presente estudo, e tal como foi observado nos estudos supracitados, os valores de utilização para as idades mais avançadas são igualmente relevantes uma vez que um em cada três indivíduos tinha mais de 50 anos de idade e o número médio de consultas realizadas tendia a aumentar com a idade. O motivo para o aumento do número médio de consultas com a idade pode estar relacionado com o facto dos utilizadores mais velhos tenderem a apresentar quadros crónicos mais graves e, por esse motivo, necessitarem de mais tempo de acompanhamento para atenuar ou resolver as suas queixas.

Por outro lado, na Austrália e em Taiwan, ser jovem adulto, ou seja, ter uma idade entre os 18 e os 34 anos de idade é um determinante para uma maior utilização das MT&C e da MTC (112,119). No presente estudo, foram encontrados valores elevados de utilização para as mulheres jovens adultas, neste caso para a faixa etária entre os 20 e os 29 anos de idade. O motivo para as mulheres jovens apresentarem valores superiores de procura pode estar relacionado com a existência de uma postura positiva perante a MTC logo desde uma idade jovem adulta.

Ainda relativamente à faixa etária dos 20 aos 29 anos, é importante notar que, embora as mulheres apresentem proporcionalmente um valor de prevalência superior ao dos homens, a média de consultas realizadas por um homem é superior à média de consultas realizadas por uma mulher (cerca de mais 3 consultas). Este facto pode estar associado à menor prevalência de utilização por parte dos homens uma vez que estes, ao recorrerem aos cuidados, quando o fazem já apresentam um estado mais avançado de doença e, consequentemente, necessitam de mais tratamentos para que seja possível resolver as condições de saúde associadas.

Tendo ainda em consideração a idade dos utilizadores, no presente estudo os valores de utilização das crianças são bastante baixos, com apenas 5,2% dos utilizadores a ter menos de 19 anos e com apenas 0,6% dos utilizadores a ter menos de 9 anos. O valor de prevalência observado para esta faixa etária é consideravelmente diferente dos valores

observados na literatura uma vez que na Austrália 74% das crianças realizaram pelo menos uma consulta de MT&C no ano de 2017 (114). Também em Taiwan, os valores de utilização de MTC por parte das crianças são elevados para diferentes patologias e para diferentes anos (127).

O motivo para uma utilização tão baixa de MTC nas crianças e nos jovens registados no presente estudo pode estar relacionado com o facto dos pais hesitarem em levar os filhos aos tratamentos devido ao reconhecimento legal e normativo da MTC ainda ser recente. Como o ser humano tende a proteger os indivíduos mais vulneráveis, a baixa utilização poderá ser sinal da existência de alguma desconfiança relativamente aos métodos ou aos profissionais. A depreensão apresentada pode ainda ser justificada com a quase inexistência de trabalho integrado com os pediatras e com os outros profissionais da área infantojuvenil, e com a não comparticipação das consultas.

Acresce, também, como eventual fator explicativo para o padrão de utilização, não só das crianças mas também da população em geral, o facto da MTC e das TNC em geral não serem totalmente cobertas pelos seguros privados de saúde nem pelos subsistemas existentes no país, e o facto da oferta destas terapêuticas ao nível do Serviço Nacional de Saúde ser praticamente nula.

Relativamente à ocupação dos indivíduos, no presente estudo verificou-se que ser trabalhador está relacionado com a utilização. Este dado foi igualmente observado na Austrália relativamente à utilização das MT&C (112). O motivo para uma maior utilização dos trabalhadores pode ser facilmente justificado com o facto dos cuidados serem realizados quase exclusivamente no privado, não havendo praticamente quaisquer apoios para aqueles que não têm condições financeiras. A necessidade de ter condições económicas para aceder aos cuidados da MTC e de outras TNC, dado que o pagamento é feito na vasta maioria dos casos no momento da prestação e sem qualquer esquema de proteção financeira, pode contribuir para a existência de desigualdades em Portugal no acesso a estes cuidados. O mesmo problema pode estar a atingir aqueles que pretendem utilizar a MTC como uma medicina preventiva.

Considerando os níveis de escolaridade, no Brasil e na Austrália têm sido associados níveis de escolaridade mais elevados a uma maior utilização das MT&C, e em Hong Kong a uma maior utilização da MTC (104,112,119). No presente estudo, embora não tenha sido possível analisar os níveis de escolaridade dos utilizadores, o facto das profissões enquadradas no grupo das atividades intelectuais e científicas se mostrarem associadas a uma maior utilização conduz a uma possível coincidência com os achados acima descritos. Este dado pode ser igualmente o resultado de um maior poder económico para aceder aos cuidados. As deduções apresentadas devem-se ao facto das atividades enquadradas neste grupo de profissões necessitarem, na generalidade, de uma base de formação de nível superior ou de uma formação especializada a que, acreditamos, corresponda, de uma maneira geral, um maior rendimento.

Na RPC, no ano de 2015, as doenças que levaram os utilizadores com 45 ou mais de idade a recorrer com maior frequência aos cuidados de saúde da MTC foram o acidente vascular cerebral, as doenças cardiovasculares e as doenças renais crónicas (115). No entanto, no presente estudo verificou-se que a primeira procura por cuidados de MTC para tratar parte dos quadros mencionados era baixa, visto que apenas 5,6% dos casos estavam relacionados com as doenças do sistema circulatório e apenas 4,0% dos casos estavam relacionados com as doenças do sistema geniturinário. A diferença observada entre os estudos pode ser parcialmente explicada pelo facto dos valores da média de idades para ambos os grupos de doenças se situar abaixo dos 45 anos (na RGL os utilizadores com doenças do sistema circulatório têm em média 42,6 anos e os utilizadores com doenças do sistema geniturinário têm em média 37,6 anos).

Da mesma forma, em Taiwan, e para o ano de 2010, apenas as doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo tinham um valor equivalente aos resultados do presente estudo (119).

Devido às restantes doenças (doenças do sistema respiratório, doenças do sistema digestivo, doenças da pele e do tecido subcutâneo, neoplasias, e sintomas, sinais e condições não classificadas noutra parte) e aos grupos de doença supracitados não fazerem parte dos motivos principais para uma primeira procura de cuidados de MTC, os valores observados nos estudos internacionais permitem aferir a existência de áreas de

intervenção da MTC que não estão a ser utilizadas na RGL para o tratamento das enfermidades. Os motivos que podem conduzir a uma baixa procura para o tratamento de determinadas condições de saúde podem ser: a baixa literacia sobre a MTC ou as TNC em geral, e a falta de políticas de saúde que tenham em vista o desenvolvimento de trabalho integrado entre os especialistas de MTC e os restantes profissionais de saúde.

Relativamente às MT&C, a presença de dor, especialmente nas costas ou nos membros superiores, é determinante para uma maior utilização nos países europeus (98). No presente estudo, a presença de dor está, igualmente, associada a um aumento da procura pelos cuidados da MTC. Tal como foi observado no estudo europeu, a dor localiza-se preferencialmente na região cervical, na região lombar e na articulação dos ombros.

Na análise do *European Social Survey*, verificou-se ainda que a diabetes e os problemas cardiovasculares estão associados a uma menor procura das MT&C (98). Estes dados vão ao encontro dos valores observados no presente estudo uma vez que o somatório de utilizadores com doenças do sistema circulatório e com doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas representava apenas 8,7% do número total de casos.

Por outro lado, e ainda de acordo com o mesmo estudo, as alergias e os problemas do estômago parecem aumentar a utilização das MT&C, independentemente das áreas de intervenção (98). No entanto, no presente estudo, os valores de uma primeira procura relacionada com este conjunto de doenças eram baixos.

No estudo onde foram analisados mais de três dezenas de países dos cinco continentes, a depressão ou a infelicidade são determinantes para uma utilização superior das MT&C (99). No presente estudo, verificou-se que os transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento, onde se incluem as condições referidas, são igualmente fatores que predis põem a uma maior procura. Para além da depressão, no presente estudo foram igualmente observados valores elevados de prevalência para a ansiedade e para as desordens especificamente associadas ao stress. Este facto é especialmente relevante uma vez que indica a existência de um reconhecimento elevado sobre o contributo que a MTC poderá ter para a resolução de problemas relacionados com a saúde mental.

A presença de condições crónicas nos utilizadores de MTC parece ser determinante para a realização de uma primeira consulta. Mais de metade dos utilizadores apresentava um quadro de queixas, nas quais se incluía a dor, com características de cronicidade. Este achado reflete aquilo que tem vindo a ser descrito para a população portuguesa em termos de prevalência de doenças crónicas (132,133) e está de acordo com os estudos de Peltzer e Pengpid e de Chung *et al.* (99,118).

A comorbilidade também se encontrava associada à procura de cuidados de MTC, sendo este resultado semelhante ao encontrado no estudo relativo aos países europeus em que a comorbilidade era um determinante para a utilização das MT&C, e no estudo de Chung *et al.* em que a presença de apenas uma doença crónica em idades mais avançadas estava associada a uma menor utilização da MTC (98,118). A utilização da MTC por indivíduos com comorbilidade pode ser motivada, por exemplo, pela procura de novas soluções de tratamento, pelo descontentamento com os cuidados de saúde convencionais, pela vontade de mudança de comportamento social ou de adoção de novas práticas culturais, e pela intenção de evitar o excesso de medicação.

De acordo com o INS de 2014 e do primeiro INS com exame físico, a população portuguesa é caracterizada por apresentar quadros de doenças crónicas (132,133). O perfil observado para a população portuguesa vai ao encontro dos resultados do presente estudo e é a principal justificação para os utilizadores de MTC da RGL tenderem a apresentar doenças crónicas como queixas principais.

Segundo o INS de 2014, as condições crónicas mais comuns na população portuguesa são os quadros de dor, nomeadamente as “dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas” e as “dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço” (132). Os resultados observados no presente estudo vão ao encontro destes achados.

Relativamente à distribuição segundo o sexo, de acordo com o INS de 2014 a proporção de mulheres com lombalgia ou cervicalgia é superior à dos homens (132). No entanto, no presente estudo os valores observados para a dor lombar apresentam uma distribuição significativamente diferente, sendo as proporções relativas dos homens superiores às proporções relativas das mulheres. Uma possível justificação para a

diferença observada pode estar associada ao facto de os homens recorrerem mais rapidamente aos tratamentos para as dores na região lombar, especialmente se esta tiver uma maior influência sobre as suas atividades de vida diária. Contudo, a literatura não corrobora esta justificação uma vez que segundo o INS de 2014 a dor afeta mais as tarefas habituais das mulheres do que dos homens (132). Devido à ausência de suporte para a inversão nos valores, é correto colocar as hipóteses de os homens valorizarem mais a dor lombar do que as mulheres, a intensidade das lombalgias nos homens ser percecionada por estes como sendo superior, mais desgastante e/ou mais incapacitante, as mulheres tenderem a habituar-se e a lidar melhor com a dor, e/ou as mulheres apresentarem outras queixas que consideram mais graves do que as dores lombares.

Segundo o INS de 2014, a proporção relativa de mulheres a referir ter dor nas quatro semanas anteriores à realização do estudo é 20% superior ao valor observado para os homens (132). No entanto, no presente estudo, a proporção relativa de homens a recorrer à MTC por motivos relacionados com a dor também é superior ao valor relativo observado para as mulheres, neste caso, é 7,2% superior.

Este facto é mais um indicador de que, relativamente à dor, e tendo em consideração o sexo, existe um movimento social de procura da MTC que não corresponde ao padrão geral de doença observado em Portugal. O motivo para a inversão dos valores de dor tendo em conta o sexo pode estar associada às mulheres reconhecerem na MTC um espetro de ação mais amplo e por isso recorrerem com maior frequência aos cuidados para tratar quadros clínicos que não estejam relacionados com a dor, os homens atribuírem maior importância à dor e por isso tenderem a procurar mais frequentemente os tratamentos para resolver estas condições, as mulheres estarem habituadas a viver com dor e por isso mesmo são capazes de a relativizar, os homens terem maior dificuldade em percecionar outros sintomas como sendo indicados para a procura de cuidados de saúde, os homens evitarem tratar a dor com os tratamentos convencionais, e/ou as mulheres automedicarem-se mais, quando comparadas aos homens.

Ainda segundo o INS de 2014, e considerando apenas as doenças crónicas, são apresentados para Portugal e para a área metropolitana de Lisboa valores de prevalência elevados para a hipertensão arterial, diabetes mellitus, incontinência urinária, doenças

respiratórias e alergias (132). Estes resultados são suportados pelo primeiro INS com exame físico, uma vez que se verificou que os valores de prevalência da hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade são extremamente elevados na região de Lisboa e Vale do Tejo (133). No entanto, estas doenças não são fatores determinantes para uma primeira procura de cuidados de MTC. Estes resultados, tal como foi previamente comentado, sugerem a existência de baixos valores de cooperação entre os profissionais de saúde convencionais e os especialistas de MTC, e os baixos níveis de literacia na área.

Em 2014, verificou-se que as doenças cardiovasculares e o cancro eram as duas principais causas de morte tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino (132). No entanto, no presente estudo, estas duas doenças apresentavam valores baixos de procura, em especial as neoplasias que foram a queixa principal apresentada para apenas 2,3% do número total de utilizadores. Relativamente ao sexo masculino, nenhum utilizador procurou a MTC para tratar um quadro de cancro, no entanto, e segundo o INS de 2014, esta é a principal causa de morte nos homens.

Por outro lado, para um período de dez anos e em comparação com o contexto português, em Taiwan as neoplasias são o grupo de doenças onde foi registado um maior aumento na procura por cuidados de saúde de MTC, enquanto método alternativo ou complementar (119). O motivo para uma procura tão baixa na RGL está relacionado com o facto do tratamento das neoplasias em Portugal se encontrar centrado, quase de forma exclusiva, nos tratamentos biomédicos. Na atualidade, e segundo a experiência do investigador, a utilização dos cuidados da MTC na RGL enquanto método complementar para o tratamento das neoplasias está associada ao aconselhamento da rede de familiares e de amigos dos doentes, e à vontade do doente em utilizar métodos menos invasivos para garantir uma melhor qualidade de vida.

Entre as principais causas de morte na população portuguesa, atualmente é possível encontrar valores relevantes associados às doenças do sistema nervoso, tendo-se verificado um aumento significativo desde o ano 2000 (134). Os valores observados para este grupo de doenças vai ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo uma vez que as doenças do sistema nervoso são o terceiro principal motivo de procura pelos cuidados da MTC.

Entre os diferentes grupos de doenças, as doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo são o principal fator de procura da MTC. Este dado é especialmente relevante porque, e de acordo com o *Institute for Health Metrics and Evaluation*, as doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo são o terceiro grupo de doenças com valores mais elevados de DALYs em Portugal (135). Se aos valores elevados de procura associarmos o facto de 84,5% dos utilizadores com uma queixa enquadrada neste grupo de doenças referir que a queixa principal melhorou após um primeiro tratamento, é possível compreender a importância que a MTC poderá ter para a produção de ganhos diretos sobre a saúde e a economia dos portugueses.

O pensamento que é aplicado às doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo pode ser igualmente aplicado às doenças mentais e às doenças neurológicas, uma vez que estas representam, respetivamente, o quarto e o sexto lugar nos valores gerais de DALYs para Portugal. Como no presente estudo as doenças enquadradas no grupo dos transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento são a segunda causa para uma primeira procura da MTC e as doenças do sistema nervoso são o terceiro grupo de doenças mais prevalente, é possível compreender a importância da MTC para o tratamento de um conjunto de doenças que debilita as condições gerais de saúde dos cidadãos portugueses e, por inerência, o quadro económico do país. Esta depreensão é ampliada pelo facto de 83,6% dos utilizadores com transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento e de 72,8% com doenças do sistema nervoso terem referido que melhoraram com o primeiro tratamento.

A procura pelos cuidados da MTC para o tratamento dos três grupos de doenças mencionados (doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo, transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento e doenças do sistema nervoso) pode ser sinal da compreensão social da importância das medicinas tradicionais para o tratamento destas condições, pode ser uma consequência da não satisfação com as opções terapêuticas convencionais ou pode ser o resultado da necessidade de procura por novas soluções.

Por fim, e segundo o INS de 2014, a depressão é uma das doenças que mais afeta os cidadãos portugueses e os residentes na área metropolitana de Lisboa (132). Este dado

pode ser uma das principais justificações para o valor elevado de prevalência para as queixas relativas aos transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento. Contudo, e devido ao INS de 2014 apenas incluir na sua análise a depressão, faltam dados que nos permitam comparar com as restantes condições de saúde mental que foram analisadas no presente estudo. No entanto, num estudo que foi realizado em 2020 numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal verificou-se que a ansiedade era a condição de saúde mental mais prevalente, sendo seguida pela depressão e pelo stress (136). A distribuição de doenças apresentada no estudo conduzido no norte de Portugal vai ao encontro dos valores observados para os utilizadores de MTC uma vez que a ansiedade era, igualmente, a condição mais prevalente.

Os valores anteriormente apresentados são especialmente importantes uma vez que 1,1 milhões de portugueses empregados referiram ausentar-se pelo menos um dia completo ao trabalho por motivos de saúde (132). O absentismo foi ligeiramente superior nas mulheres e aumentava com a idade. Estes dados denunciam o impacto negativo das doenças crónicas sobre a saúde e a economia dos portugueses, e alertam para a importância das atividades terapêuticas que, como a MTC, visam a melhoria destas condições de saúde.

Neste estudo, realizámos, também, uma análise nosológica de acordo com os princípios teóricos da MTC. Verificámos que os utilizadores estudados apresentavam queixas em que o fator causal predominante estava tendencialmente relacionado com o sistema hepático ou com o sistema de meridianos e colaterais. Considerando todas as queixas que têm por base síndromes energéticas internas, numa primeira procura pela MTC, um utilizador tendia a apresentar como queixa principal a síndrome de estagnação de *qi* do fígado. A justificação para a predominância desta síndrome pode estar associada ao facto de os utilizadores residirem e trabalharem numa zona urbana e, em consequência, coexistirem com ambientes de maior stress social, profissional e familiar (137,138).

Na globalidade, um utilizador de MTC da RGL tendia a apresentar síndromes internas em que o fator predominante se enquadrava nas síndromes de deficiência, em especial de *de yin*. A síndrome de deficiência mais prevalente era a síndrome de deficiência de sangue do fígado, seguindo-se as síndromes de deficiência de *yin* do fígado, deficiência de *yin*

do rim e deficiência de qi do baço-pâncreas. A predominância de síndromes de deficiência é justificada pela má relação que existe entre o esforço que é necessário para um indivíduo realizar as tarefas diárias e a energia que é recuperada por este através do repouso adequado, do pensamento equilibrado, dos hábitos alimentares saudáveis e da atividade física ajustada ao contexto individual. O achado pode evidenciar a necessidade de se aumentar o investimento na criação de políticas de saúde, nacionais e regionais, que visem a promoção da saúde.

Relativamente aos quadros que envolvem o sistema de meridianos e colaterais, as queixas tendiam a estar relacionadas com os meridianos *yang*, com os meridianos do pé e com o nível energético *tai yang*. Os valores observados para as síndromes de meridianos e colaterais estão associados ao facto de os quadros de dor estarem preferencialmente localizados na coluna cervical e lombar, e na articulação dos ombros. Por esse motivo, as queixas relacionadas com o sistema de meridianos e colaterais tendem a estar relacionados com o desequilíbrio energético dos meridianos da bexiga, do intestino grosso, do intestino delgado e da vesícula biliar.

### 5.1. Limitações do estudo

Neste estudo são abordados os valores de doença referentes à primeira procura por cuidados da MTC. Nesse sentido, os resultados obtidos não devem ser entendidos como indicadores de utilização geral. A compreensão desse facto é fundamental para que os resultados não sejam utilizados indevidamente uma vez que, após um primeiro contacto com a MTC, os utilizadores poderão tender a recorrer à MTC para tratar outras doenças e/ou sintomas. Por este motivo, é essencial que qualquer citação a este trabalho refira que os valores de doença e/ou sintomas apresentados são referentes apenas à “queixa principal apresentada por um indivíduo que recorre pela primeira vez aos cuidados de MTC na RGL”. Para refletir a utilização geral, é recomendada a construção de um estudo de coorte, por um período de um ano, que analise todas as queixas apresentadas pelos utentes independentemente do momento do acompanhamento.

Os resultados apresentados relativamente ao diagnóstico diferencial segundo os princípios teóricos da MTC são influenciados pela linha de orientação científica da

instituição de ensino à qual o CCMTC está associado, a ESMTC. Embora esta linha de orientação científica vá ao encontro do modelo apresentado pela OMS – a CID-11 –, não é possível garantir que as restantes instituições de ensino de MTC em Portugal seguem a mesma linha de orientação científica. Dado o exposto, antes de se inferir os resultados para todas as amostras de utilizadores de MTC na RGL, é necessário conhecer a formação de base dos especialistas de MTC responsáveis pelo diagnóstico e verificar a concordância entre os métodos aplicados. Para contornar este obstáculo e para confirmar que o método de diagnóstico utilizado é uniforme entre os profissionais da RGL, é recomendada a realização de um estudo que compare as linhas de orientação científica das escolas que formam, na atualidade, os especialistas de MTC em Portugal.

O investigador não é codificador. Este facto pode levar a que, por exemplo, a variável “profissões” tenha algumas categorias subestimadas ou sobrestimadas. Caso este estudo seja utilizado como base justificada para a criação de políticas de saúde, é recomendada a revisão da base de dados por um codificador.

Devido ao registo dos dados clínicos ser efetuado maioritariamente em campos de preenchimento abertos, não foi possível garantir a informação sobre alguns dados de saúde relevantes. Por exemplo, embora fosse possível observar se os utentes apresentavam comorbilidade, não era possível compreender o nível de comorbilidade porque não se sabe se a ausência de referência a determinadas doenças se deve à não existência das mesmas, ao esquecimento dos utentes em referir ou ao esquecimento dos especialistas de MTC em perguntar. Para ultrapassar esta limitação, recomenda-se aos especialistas de MTC a utilização de ficheiros clínicos que incluam questões de preenchimento obrigatório relativamente às doenças mais prevalentes na população portuguesa.

## 6. Conclusões

Atendendo à questão de investigação que orientou o estudo, este estudo objetivou definir o perfil epidemiológico dos utilizadores de Medicina Tradicional Chinesa na região da Grande Lisboa para um período de seis anos (entre 2015 e 2020). Tendo em conta os resultados obtidos, foi possível traçar um perfil para os utilizadores e verificar que algumas das características que estes apresentavam se aproximam das características descritas na literatura. Contudo, algumas dessas características são apenas suportadas por estudos relativos às Medicinas Tradicionais e Complementares devido ao número reduzido de publicações internacionais sobre os determinantes e os valores de utilização da Medicina Tradicional Chinesa.

Assim, os resultados evidenciam que ser mulher, ser português, ser adulto, ser trabalhador e residir no concelho de Lisboa, ou próximo deste, são fatores positivos para a utilização da Medicina Tradicional Chinesa. Embora neste estudo não fosse possível analisar o nível de educação ou o nível económico dos utilizadores, por se ter verificado a tendência para os utilizadores terem profissões que pressupõem a realização de formação especializada ou de nível superior e, presumivelmente, rendimentos superiores, pode-se concluir que os níveis de educação e económicos dos utilizadores tendem a ser mais elevados. Esta evidência é suportada de forma genérica pelos estudos que remetem para a análise dos países desenvolvidos.

Relativamente à doença, os resultados indicam que a presença de doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo, de transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento, ou de doenças do sistema nervoso são fatores que potenciam uma maior utilização. Devido ao peso que estes grupos de doenças têm para os valores gerais de DALYs de Portugal e devido aos efeitos clínicos observados, pode-se concluir que a Medicina Tradicional Chinesa poderá contribuir de forma positiva para combater algumas das doenças com maior impacto na saúde e na economia dos portugueses.

Tendo em conta algumas das doenças mais prevalentes na população portuguesa, os resultados deste estudo salientam que a utilização da Medicina Tradicional Chinesa é

subvalorizada e subutilizada. Esta conclusão resulta do facto de internacionalmente terem sido observados valores de utilização elevados para outros grupos de doenças, designadamente para as doenças do sistema circulatório, para as doenças do sistema respiratório (especialmente nas crianças), para as doenças do sistema geniturinário e para as doenças do sistema digestivo.

Da mesma forma, e ao contrário da tendência observada na literatura, a procura por cuidados de MTC para tratar as neoplasias é baixo. A baixa utilização da Medicina Tradicional Chinesa para combater estas doenças e para atenuar os efeitos adversos dos tratamentos convencionais mais invasivos evidenciam o não aproveitamento dos recursos do país para combater uma das doenças que mais debilita os cidadãos e que maior sofrimento provoca nas famílias. A subutilização da MTC neste grupo de doenças é o resultado da não criação de políticas de saúde que permitem a integração das terapêuticas não convencionais nos tratamentos convencionais.

Por outro lado, a dor, as doenças crónicas e a comorbilidade são fatores que potenciam a utilização da Medicina Tradicional Chinesa. Contudo, e ao contrário do que seria de esperar tendo em conta os valores gerais de dor apresentados pela população portuguesa, os homens tendem a procurar com maior frequência a Medicina Tradicional Chinesa para tratar a dor. Este facto é especialmente relevante porque permite considerar que as mulheres reconhecem na Medicina Tradicional Chinesa um papel mais amplo de intervenção e que os homens atribuem à Medicina Tradicional Chinesa uma maior importância para o tratamento dos quadros de dor.

Os resultados obtidos para alguns dos fatores que aumentam a procura pelos cuidados de Medicina Tradicional Chinesa na região da Grande Lisboa aproximam-se dos valores observados para o perfil geral de doença da população portuguesa, o que nos permite concluir que não existe um enviesamento no perfil geral destes utilizadores. Contudo, existem doenças relevantes em Portugal que não são fatores de procura pelos cuidados da Medicina Tradicional Chinesa, nomeadamente as doenças cardiovasculares, a diabetes mellitus, as alergias, a hipertensão arterial, as doenças respiratórias e as neoplasias. Através da observação do contexto social do país, pode-se concluir que esta ocorrência poderá estar relacionada com o facto de não haver recomendação dos tratamentos por

parte dos profissionais de saúde convencionais, do nível de literacia sobre a área ainda ser baixo e de não estar garantido o acesso universal aos cuidados da Medicina Tradicional Chinesa.

Este estudo permitiu também concluir que o nível utilização por parte das crianças e dos jovens é extremamente baixo, o que contraria os valores da literatura que apontam para valores elevados de utilização nos países mais desenvolvidos do hemisfério oriental do globo. A divergência está associada aos fatores referidos anteriormente, especialmente o nível baixo de literacia. A subutilização nas crianças permite ainda concluir que é fundamental informar a população portuguesa sobre a importância da Medicina Tradicional Chinesa para a resolução de determinadas patologias infantojuvenis e para o potencia desta área para capacitar os jovens relativamente à adoção de comportamentos que visam a preservação da saúde e a prevenção da doença. A longo prazo, este último fator pode ser determinante para a transição da saúde em Portugal e para a obtenção de ganhos que, neste momento, não parecem possíveis de atingir.

Contudo, e para que seja efetivamente possível realizar trabalho integrado, mais do que informar a população sobre o espectro de ação da MTC, é necessário que as agendas políticas incluam planos de trabalho que visem a criação de políticas sociais que melhorem a relação entre os profissionais de saúde convencionais e os especialistas de MTC, e que melhorem os níveis de literacia dos profissionais de saúde em geral sobre as indicações e as ações da MTC.

Tendo em conta o contexto teórico da Medicina Tradicional Chinesa, é possível concluir que os padrões de doença observados vão ao encontro da literatura, com as síndromes mais prevalentes a coincidirem com as esperadas.

Considerando o enquadramento inicialmente explorado para o panorama internacional, é importante destacar que este estudo permitiu compreender que o fenómeno de regulação das medicinas tradicionais e complementares não é limitado ao território português uma vez que é possível observar o desenvolvimento de processos de regulação em todo o mundo. Em resultado da dinâmica global, e embora o processo natural de modernização da Medicina Tradicional Chinesa decorra de forma lenta, em Portugal tem sido possível

superar de forma gradual os obstáculos que são colocados pelos bloqueios da sociedade moderna e pelo tempo que é necessário para que ocorra o progresso, independentemente da área científica em questão.

Para a região da Grande Lisboa, é, por fim, possível concluir que a Medicina Tradicional Chinesa é atualmente utilizada por determinadas coortes da população residente na região e que é procurada para o tratamento de algumas das doenças que mais afetam a saúde e a economia dos portugueses. Contudo, e por não ter sido ainda garantido o acesso universal à Medicina Tradicional Chinesa aos portugueses, é urgente a criação de políticas de saúde que permitam o acesso universal aos cuidados. Entre as medidas deverá constar a análise sobre os ganhos que se poderão obter com integração da Medicina Tradicional Chinesa no Serviço Nacional de Saúde, e deverão ser criadas estruturas interdisciplinares, autónomas e com equipas devidamente qualificadas, que garantam que o trabalho integrado é realizado de forma correta, em benefício máximo do utente e em respeito máximo pelos limites de ação de todas as terapêuticas, sejam elas convencionais, ou não.

Em suma, e devido aos progressos significativos da regulação das terapêuticas não convencionais no território português, aos objetivos gerais de intervenção da Medicina Tradicional Chinesa e às conclusões produzidas neste estudo, é possível esperar que nos próximos anos a medicina possa estar ainda mais próxima dos portugueses e das suas diferentes comunidades, e é possível esperar que a sociedade portuguesa atribuirá cada vez mais importância às medicinas que, como a Medicina Tradicional Chinesa, visam em primeira instância a promoção da saúde e a prevenção da doença.

## 7. Referências bibliográficas

1. Tang H, Huang W, Ma J, Liu L. SWOT analysis and revelation in traditional Chinese medicine internationalization. *Chin Med*. Dezembro de 2018;13(1):5.
2. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. 2013;
3. WFCMS. Communication to WHO from the World Federation of Chinese Medicine Societies in December/2012. 2013.
4. Jia Q. Traditional medicine could make “Health for One” true. Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health.
5. Lu A, Jiang M, Zhang C, Chan K. An integrative approach of linking traditional Chinese medicine pattern classification and biomedicine diagnosis. *Journal of Ethnopharmacology*. 1 de Junho de 2012;141(2):549–56.
6. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
7. Lee RT, Greenlee H. Don’t ask, don’t tell: It’s time to talk about complementary, alternative, and integrative medicine with our patients. *Cancer*. 1 de Julho de 2020;126(13):2968–70.
8. Zhang C, Zhang G, Chen K, Lu A. Integration of chinese medicine with western medicine could lead to future medicine: molecular module medicine. *Chin J Integr Med*. Abril de 2016;22(4):243–50.
9. van der Greef J, van Wietmarschen H, Schroën J, Wang M, Hankemeier T, Xu G. Systems Biology-Based Diagnostic Principles as Pillars of the Bridge between Chinese and Western Medicine. *Planta Med*. Dezembro de 2010;76(17):2036–47.
10. Qiu J. When the East meets the West: the future of traditional Chinese medicine in the 21st century. *National Science Review*. 1 de Setembro de 2015;2(3):377–80.
11. National Development and Reform Commission of China. Analysis of the economic status of the medical industry in 2012. 2013.
12. Xu J, Yang Y. Traditional Chinese medicine in the Chinese health care system. *Health Policy*. Maio de 2009;90(2–3):133–9.
13. KEJI C, HAO X. The integration of traditional Chinese medicine and Western medicine. *European Review*. 2003/05/20 ed. 2003;11(2):225–35.
14. Qi Z. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. *Global Health History*

- Seminar on Traditional Medicine and Ayurveda; 2015 Mar 19; Geneva.
15. Zhenguo W, Ping C, Peiping X. History and development of Traditional Chinese Medicine. Vol. 1. Beijing: Science Press; 1999.
  16. Luo Y, Wang C-Z, Hesse-Fong J, Lin J-G, Yuan C-S. Application of Chinese Medicine in Acute and Critical Medical Conditions. *Am J Chin Med*. Janeiro de 2019;47(06):1223–35.
  17. World Health Organization. The promotion and development of Traditional Medicine. Geneva: WHO; 1978.
  18. Lei n.º 45/2003 [Internet]. Diário da República n.º 193/2003, Série I-A de 22 de Agosto de 2003, Assembleia da República p. 5391–2. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/656023>
  19. Lei n.º 71/2013 [Internet]. Diário da República n.º 168/2013, Série I de 2 de Setembro de 2013, Assembleia da República p. 5439–42. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/499607>
  20. Portaria n.º 207-G/2014 [Internet]. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 5176-(11) a 5176-(13). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/58217874>
  21. Portaria n.º 45/2018 [Internet]. Diário da República n.º 29/2018, Série I de 2018-02-09, Ministérios da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Saúde p. 902–4. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/114661392>
  22. Lei n.º 95/2019 [Internet]. Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, Assembleia da República p. 55–66. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>
  23. Benchmarks for training in Traditional Chinese Medicine [Internet]. World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17556en/s17556en.pdf>
  24. Johnson JA. Chinese Medical Qigong Therapy. Vol. 1. Pacific Grove, CA: The International Institute of Medical Qigong; 2002.
  25. Chen Y. Chinese values, health and nursing. *J Adv Nurs*. Outubro de 2001;36(2):270–3.
  26. Zhu J. Research on history of medicine in China in the last five years. *Hist Sci* (Tokyo). Março de 2004;13(3):149–63.

27. Shin SS. [Development of integrated traditional Chinese and western medicine and change of medical policy in China]. *Uisahak*. 1999;8(2):207–32.
28. Li J. [Changes and establishment of the principle of «Unity of traditional Chinese medicine and western medicine»]. *Zhonghua Yi Shi Za Zhi*. Novembro de 2014;44(6):341–7.
29. Contatore OA, Tesser CD, Barros NF de. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. *Hist cienc saude-Manguinhos*. Setembro de 2018;25(3):841–58.
30. de Thiersant D. *La médecine chez les Chinois*. Paris: Henri Plon, Imprimeur-Éditeur; 1863. 614 p.
31. Kendall D. Energy - Meridian misconceptions of Chinese medicine. *Schweiz Zschr GanzheitsMedizin*. 1 de Março de 2008;20.
32. Soulié de Morant G. *Précis de la vraie acuponcture chinoise*. Paris: Mercure de France; 1993.
33. Soulié de Morant G, Zmiewski P. *Chinese acupuncture*. Brookline, Mass., U.S.A: Paradigm Publications; 1994. 896 p.
34. Yuqun L. *Tradicional Chinese Medicine*. New York: Cambridge University Press; 2011.
35. Chernin E. Richard Pearson Strong and the Manchurian Epidemic of Pneumonic Plague, 1910-1911. *The Journal of the history of medicine and allied sciences*. 1989;44.
36. Lei X. *Neither donkey nor horse: medicine in the struggle over China's modernity*. 2016.
37. *The Academy of Traditional Chinese Medicine. An Outline of Chinese Acupuncture*. Pequim: Foreign Language Press; 1975.
38. Zhang B, Zhang J. [Twenty years' review and prospect of modernization research on traditional Chinese medicine]. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi*. Setembro de 2015;40(17):3331–4.
39. Lee Y, Kim H. The Turning Point of China's Rural Public Health during the Cultural Revolution Period: Barefoot Doctors: A Narrative. *Iran J Public Health*. Julho de 2018;47(Suppl 1):1–8.
40. Hu D, Zhu W, Fu Y, Zhang M, Zhao Y, Hanson K, et al. Development of village

- doctors in China: financial compensation and health system support. *Int J Equity Health*. Dezembro de 2017;16(1):9.
41. Ho P, Lisowski F. A brief history of chinese medicine. 2ª edição. London: World Scientific Publishing; 1997.
  42. Hu J, Liu B. The basic theory, diagnostic, and therapeutic system of traditional Chinese medicine and the challenges they bring to statistics. *Statistics in Medicine*. 30 de Março de 2012;31(7):602–5.
  43. Evidence-based research methods for Chinese medicine. New York, NY: Springer Berlin Heidelberg; 2016.
  44. Ma B, Guo J, Qi G, Li H, Peng J, Zhang Y, et al. Epidemiology, quality and reporting characteristics of systematic reviews of traditional Chinese medicine interventions published in Chinese journals. *PLoS One*. 2011;6(5):e20185–e20185.
  45. National Center for Complementary and Integrative Health. Traditional Chinese Medicine: What You Need To Know [Internet]. 2019 [citado 21 de Outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/traditional-chinese-medicine-what-you-need-to-know>
  46. National Institute for Health and Care Excellence. Draft Guideline: Chronic pain: assessment and management [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2020 [citado 25 de Novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-ng10069/documents/draft-guideline>
  47. National Institute for Health and Care Excellence. Draft: [G] Evidence review for acupuncture [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2020 [citado 25 de Novembro de 2020]. Report No.: Chronic pain: assessment and management. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/GID-NG10069/documents/evidence-review-7>
  48. National Institute for Health and Care Excellence. Draft: [E] Evidence review for exercise [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2020 [citado 25 de Novembro de 2020]. Report No.: Chronic pain: assessment and management. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/GID-NG10069/documents/evidence-review-5>
  49. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva: World Health Organization; 2002.

50. Marçal CCB, Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Rumor PCF, Oliveira LS de. A salutogênese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa [The salutogenesis in health research: an integrative review] [La salutogénesis en la investigación en salud: una revisión integrativa]. *Rev enferm UERJ*. 30 de Dezembro de 2018;26:e37954.
51. Bing W. *Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo*. 1ª. Editora Ícone; 2001.
52. Auteroche B, Navailh P. *O Diagnóstico da Medicina Chinesa*. São Paulo: Andrei Editora Lda; 1992.
53. Wang H, Zhu B. *Basic Theories of Traditional Chinese Medicine*. London; Philadelphia: Singing Dragon; 2011.
54. Sun D, Li S, Liu Y, Zhang Y, Mei R, Yang M. Differences in the origin of philosophy between Chinese medicine and Western medicine: Exploration of the holistic advantages of Chinese medicine. *Chin J Integr Med*. Setembro de 2013;19(9):706–11.
55. Teng T, Ergil K, editores. *Practical diagnosis in traditional Chinese medicine*. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone; 1999. 549 p.
56. Wang Q, Dong ZL. *New practical syndrome differentiation of T.C.M*. Beijing, China; The Netherlands: China Ocean Press ; Distributed by Chinese Medical Center (C.M.C) Utrecht; 1992.
57. Jiang M, Lu C, Zhang C, Yang J, Tan Y, Lu A, et al. Syndrome differentiation in modern research of traditional Chinese medicine. *J Ethnopharmacol*. 10 de Abril de 2012;140(3):634–42.
58. CID-11 para as estatísticas de mortalidade e morbidade (versão 09/2020) [Internet]. [citado 27 de Janeiro de 2021]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
59. Shaw V, Diogo R, Winder IC. Hiding in Plain Sight-ancient Chinese anatomy. *Anat Rec*. Setembro de 2020;ar.24503.
60. Wang G-J, Ayati MH, Zhang W-B. Meridian Studies in China: A Systematic Review. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*. Março de 2010;3(1):1–9.
61. Franco L. *O processo de insitucionalização das Medicinas Alternativas e Complementares - O caso da Acupuntura em Portugal* [Doutoramento]. [Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa]; 2010.
62. Wiseman N, editor. *Fundamentals of Chinese medicine* =: Zhōng Yī Xué Jī Chǔ. *Rev*.

- ed. Brookline, Mass: Paradigm Publ; 1995. 532 p.
63. Yuan H-W, Ma L-X, Qi D-D, Zhang P, Li C-H, Zhu J. The Historical Development of Deqi Concept from Classics of Traditional Chinese Medicine to Modern Research: Exploitation of the Connotation of Deqi in Chinese Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013;2013:1–5.
  64. Despacho n.º 8635/2016 [Internet]. 126 Jun 22, 2016 p. 20569–72. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/74860802>
  65. Despacho n.º 8636/2016 [Internet]. 126 Jun 22, 2016 p. 20572–5. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/74860803>
  66. Resolução da Assembleia da República n.º 64/2003 [Internet]. Diário da República n.º 172/2003, Série I-A de 2003-07-28, Assembleia da República p. 4389. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/650570>
  67. Resolução da Assembleia da República n.º 146/2011 [Internet]. Diário da República n.º 215/2011, Série I de 2011-11-09, Assembleia da República p. 4792. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/146543>
  68. Portaria n.º 25/2014 [Internet]. Diário da República n.º 23/2014, Série I de 3 de Fevereiro de 2014, Ministério da Saúde p. 918–9. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/570691>
  69. Despacho n.º 12337/2014 [Internet]. Diário da República n.º 193/2014, Série II de 7 de Outubro de 2014, Ministérios da Saúde, da Educação e Ciência e Solidariedade, Emprego e Segurança Social-Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, do Ensino Superior e Emprego p. 25654–5. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/58053558>
  70. Portaria n.º 181/2014 [Internet]. Diário da República n.º 176/2014, Série I de 2014-09-12, Ministério da Saúde p. 4927–8. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/56747381>
  71. Portaria n.º 182-B/2014 [Internet]. Diário da República n.º 176/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-09-12, Ministério da Saúde p. 4932-(2) a 4932-(5). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/56764378>
  72. Portaria n.º 207-F/2014 [Internet]. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 5176-(9) a 5176-(11). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/58217873>

73. Portaria n.º 207-E/2014 [Internet]. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 5176-(8) a 5176-(9). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/58217872>
74. Portaria n.º 207-C/2014 [Internet]. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 5176-(5) a 5176-(6). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/58217870>
75. Portaria n.º 207-A/2014 [Internet]. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 5176-(2) a 5176-(3). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/58217868>
76. Portaria n.º 207-B/2014 [Internet]. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 5176-(3) a 5176-(5). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/58217869>
77. Portaria n.º 207-D/2014 [Internet]. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 5176-(6) a 5176-(8). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/58217871>
78. Portaria n.º 172-C/2015 [Internet]. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 3636-(12) a 3636-(14). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67429782>
79. Portaria n.º 172-B/2015 [Internet]. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 3636-(10) a 3636-(12). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67429781>
80. Portaria n.º 172-F/2015 [Internet]. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 3636-(17) a 3636-(19). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67429785>
81. Portaria n.º 172-E/2015 [Internet]. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 3636-(15) a 3636-(17). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67429784>
82. Portaria n.º 172-D/2015 [Internet]. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento, Série I de 2015-06-05, Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência p. 3636-(14) a 3636-(15). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67429783>
83. Lei n.º 1/2017 [Internet]. Diário da República n.º 11/2017, Série I de 2017-01-16, Assembleia da República p. 439–439. Disponível em: <https://dre.pt/application/conte>

udo/105762362

84. Lei n.º 109/2019 [Internet]. Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09, Assembleia da República p. 92–3. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124539904>
85. Resolução da Assembleia da República n.º 262/2017 [Internet]. Diário da República n.º 231/2017, Série I de 2017-11-30, Assembleia da República p. 6471–6471. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/114288875>
86. Despacho n.º 8635/2016 [Internet]. Diário da República n.º 126/2016, Série II de 2016-07-04, Instituto Piaget-Cooperativa para o Desenvolvimento Humano, Integral e Ecológico, C. R. L. p. 20569–72. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/74860802>
87. Despacho n.º 8636/2016 [Internet]. Diário da República n.º 126/2016, Série II de 2016-07-04, Instituto Piaget-Cooperativa para o Desenvolvimento Humano, Integral e Ecológico, C. R. L. p. 20572–5. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/74860803>
88. Despacho n.º 8636/2017 [Internet]. Diário da República n.º 189/2017, Série II de 2017-09-29, Instituto Politécnico de Setúbal p. 21908–11. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/108234867>
89. Lei n.º 21/2014 [Internet]. Diário da República n.º 75/2014, Série I de 2014-04-16, Assembleia da República p. 2450–65. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/25344123>
90. Lei n.º 104/2015 [Internet]. Diário da República n.º 164/2015, Série I de 2015-08-24, Assembleia da República p. 6259–61. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/70084428>
91. Decreto-Lei n.º 238/2015 [Internet]. Diário da República n.º 201/2015, Série I de 2015-10-14, Ministério da Saúde p. 8953–6. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/70686197>
92. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Lista de Cédulas emitidas [Internet]. [citado 23 de Março de 2021]. Disponível em: <https://rnp.min-saude.pt/tnc/faces/listaProfissionais.jsf>
93. Elsa Pegado. O recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas [Doutoramento]. ISCTE - Instituto Universitário de

Lisboa; 2017.

94. Deliberação n.º 1538/2008 [Internet]. Diário da República n.º 106/2008, Série II de 2008-06-03, Universidade do Porto-Reitoria p. 24641–2. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/2516966>
95. Decisão do Conselho de Administração [Internet]. ACEF/1516/15897, Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. Disponível em: [https://www.a3es.pt/sites/default/files/ACEF\\_1516\\_15897\\_acef\\_2015\\_2016\\_int\\_dec\\_ca.pdf](https://www.a3es.pt/sites/default/files/ACEF_1516_15897_acef_2015_2016_int_dec_ca.pdf)
96. FENAMAN. Medicinas alternativas – a escolha vai aumentar. Revista Farmácia Distribuição. 1 de Fevereiro de 2007;5–9.
97. Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health System Review. Health Systems in Transition. 2011;13(4).
98. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. Scand J Public Health. Junho de 2018;46(4):448–55.
99. Peltzer K, Pengpid S. Prevalence and Determinants of Traditional, Complementary and Alternative Medicine Provider Use among Adults from 32 Countries. Chinese Journal of Integrative Medicine. 1 de Agosto de 2018;24(8):584–90.
100. Posadzki P, Watson LK, Alotaibi A, Ernst E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. Clin Med (Lond). Abril de 2013;13(2):126–31.
101. Alrowais NA, Alyousefi NA. The prevalence extent of Complementary and Alternative Medicine (CAM) use among Saudis. Saudi Pharmaceutical Journal. Março de 2017;25(3):306–18.
102. Hill J, Mills C, Li Q, Smith JS. Prevalence of traditional, complementary, and alternative medicine use by cancer patients in low income and lower-middle income countries. Global Public Health. 4 de Março de 2019;14(3):418–30.
103. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. Complementary Therapies in Clinical Practice. Maio de 2019;35:33–47.
104. de Moraes Mello Boccolini P, Siqueira Boccolini C. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use in Brazil. BMC Complement Med Ther.

Dezembro de 2020;20(1):51.

105. Ala AO, Ojo OA, Enikuomehin CA, Ajani GO, Olamoyegun MA, Akinlade AT, et al. Prevalence and Determinants of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use among Diabetes Patients in Southwestern Nigeria. *West Afr J Med.* Outubro de 2020;37(5):528–36.
106. Naja F, Anouti B, Shatila H, Akel R, Haibe Y, Tfayli A. Prevalence and Correlates of Complementary and Alternative Medicine Use among Patients with Lung Cancer: A Cross-Sectional Study in Beirut, Lebanon. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.* 2017;2017:1–11.
107. Liem KS, Yim C, Ying TD, Zanjir WR, Fung S, Wong DK, et al. Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine modalities in patients with chronic hepatitis B. *Liver Int.* Agosto de 2019;39(8):1418–27.
108. Ray J, Chakrabarty D, Paul R, Som K. Prevalence of the use of complementary and alternative medicine in an eastern Indian population with emphasis on tribal/ethnic minority groups. *Journal of Taibah University Medical Sciences.* Agosto de 2018;13(4):384–9.
109. Asfaw Erku D, Basazn Mekuria A. Prevalence and Correlates of Complementary and Alternative Medicine Use among Hypertensive Patients in Gondar Town, Ethiopia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.* 2016;2016:1–7.
110. Cevik C, Tari Selcuk K. Prevalence and Correlates of the Use of Complementary and Alternative Medicine in Adults Living in a Rural Area: Holistic Nursing Practice. 2019;33(1):36–44.
111. Bahall M. Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Complement Altern Med.* Dezembro de 2017;17(1):345.
112. Xue CCL, Zhang AL, Lin V, Da Costa C, Story DF. Complementary and Alternative Medicine Use in Australia: A National Population-Based Survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* Agosto de 2007;13(6):643–50.
113. Frawley J, Adams J, Sibbritt D, Steel A, Broom A, Gallois C. Prevalence and determinants of complementary and alternative medicine use during pregnancy:

- Results from a nationally representative sample of Australian pregnant women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1 de Agosto de 2013;53(4):347–52.
114. Frawley JE, Anheyer D, Davidson S, Jackson D. Prevalence and characteristics of complementary and alternative medicine use by Australian children. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 1 de Agosto de 2017;53(8):782–7.
  115. Liu T, Li X, Zou Z-Y, Li C. The Prevalence and Determinants of Using Traditional Chinese Medicine Among Middle-aged and Older Chinese Adults: Results From the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 1 de Novembro de 2015;16(11):1002.e1-1002.e5.
  116. McQuade JL, Meng Z, Chen Z, Wei Q, Zhang Y, Bei W, et al. Utilization of and Attitudes towards Traditional Chinese Medicine Therapies in a Chinese Cancer Hospital: A Survey of Patients and Physicians. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2012;2012:1–11.
  117. World Health Organization, editor. SARS: clinical trials on treatment using a combination of traditional Chinese medicine and Western medicine. Geneva: World Health Organization; 2004. 196 p.
  118. Chung V, Wong E, Woo J, Vi Lo S, Griffiths S. Use of Traditional Chinese Medicine in the Hong Kong Special Administrative Region of China. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 1 de Abril de 2007;13(3):361–8.
  119. Yeh Y-H, Chou Y-J, Huang N, Pu C, Chou P. The trends of utilization in traditional Chinese medicine in Taiwan from 2000 to 2010: A population-based study. *Medicine*. Julho de 2016;95(27):e4115.
  120. Pan Y-J, Cheng I-C, Yeh L-L, Cho Y-M, Feng J. Utilization of traditional Chinese medicine in patients treated for depression: A population-based study in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine*. Junho de 2013;21(3):215–23.
  121. Lin Y-R, Wu M-Y, Chiang J-H, Yen H-R, Yang S-T. The utilization of traditional Chinese medicine in patients with dysfunctional uterine bleeding in Taiwan: a nationwide population-based study. *BMC Complement Altern Med*. Dezembro de 2017;17(1):427.
  122. Liao H-H, Yen H-R, Muo C-H, Lee Y-C, Wu M-Y, Chou L-W, et al. Complementary traditional Chinese medicine use in Children with cerebral palsy:

- a nationwide retrospective cohort study in Taiwan. *BMC Complement Altern Med*. Dezembro de 2017;17(1):155.
123. Lin P-Y, Chu C-H, Chang F-Y, Huang Y-W, Tsai H-J, Yao T-C. Trends and prescription patterns of traditional Chinese medicine use among subjects with allergic diseases: A nationwide population-based study. *World Allergy Organization Journal*. 2019;12(2):100001.
  124. Liu C-Y, Chu J-Y, Chiang J-H, Yen H-R, Hsu C-H. Utilization and prescription patterns of traditional Chinese medicine for patients with hepatitis C in Taiwan: a population-based study. *BMC Complement Altern Med*. Dezembro de 2016;16(1):397.
  125. Yen H-R, Liang K-L, Huang T-P, Fan J-Y, Chang T-T, Sun M-F. Characteristics of traditional Chinese medicine use for children with allergic rhinitis: A nationwide population-based study. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 1 de Abril de 2015;79(4):591–7.
  126. Huang T-P, Liu P-H, Lien AS-Y, Yang S-L, Chang H-H, Yen H-R. Characteristics of traditional Chinese medicine use in children with asthma: a nationwide population-based study. *Allergy*. 1 de Dezembro de 2013;68(12):1610–3.
  127. Huang T-P, Liu P-H, Lien AS-Y, Yang S-L, Chang H-H, Yen H-R. A nationwide population-based study of traditional Chinese medicine usage in children in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine*. Junho de 2014;22(3):500–10.
  128. Hon KE, Ma K, Wong Y, Leung TF, Fok T. A survey of traditional Chinese medicine use in children with atopic dermatitis attending a paediatric dermatology clinic. *Journal of Dermatological Treatment*. 1 de Janeiro de 2005;16(3):154–7.
  129. Fronteira I. *Manual de Epidemiologia*. Coimbra: Edições Almedina; 2018.
  130. Fortin M-F, Côté J, Filion F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Montreal: Chenelière Éducation; 2006.
  131. Peacock J, Peacock PJ. *Oxford handbook of medical statistics*. Oxford: Oxford University Press; 2011. 517 p. (Oxford medical publications).
  132. Instituto Nacional de Estatística, I.P. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa-Portugal; 2016.
  133. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: INSA IP; 2016.

134. Portugal: Perfil de Saúde do País 2017. Place of publication not identified: Organization for Economic Co-operation and Development.; 2017.
135. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare | Viz Hub [Internet]. [citado 18 de Dezembro de 2020]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
136. Chyczij FF, Ramos C, Santos A, Jesus L, Alexandre J. Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. Rev Enf Ref. 28 de Maio de 2020;V Série(Nº 2):e19094.
137. Adli M. Urban stress and mental health. Health and well-being. 2011;
138. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, Streit F, Tost H, Schuch P, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. Nature. Junho de 2011;474(7352):498–501.

# **ANEXO A**

Perfil epidemiológico dos cidadãos em Portugal

Segundo dados do relatório conjunto de 2017 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento económico (OCDE) e do OESPS, somente 46% da população portuguesa admite ter um bom estado de saúde (134). Entre todos os países da União Europeia, os portugueses são dos mais pessimistas quando avaliam a sua própria saúde uma vez que, em média, 67% dos habitantes dos 28 países da união europeia admite ter bom estado de saúde. Ainda assim, na última década verificou-se uma melhoria assinalável no estado de saúde da população portuguesa com o aumento da esperança média de vida à nascença. De acordo com os dados do relatório de 2017, a esperança média de vida à nascença dos portugueses era de aproximadamente 77 anos no ano 2000, e em 2015 era de 81,3 anos. Contudo, o valor de 2015 diverge significativamente entre os homens e as mulheres, sendo de 84,3 anos para as mulheres e de apenas 78,1 anos para os homens.

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014, as doenças crónicas são os problemas de saúde mais prevalentes na população portuguesa com quinze ou mais anos de idade (132). Em comparação com os valores de 2005 e 2006, observa-se o aumento na prevalência das doenças crónicas.

As condições mais comuns entre os portugueses são as dores crónicas, nomeadamente as “dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas”, com 33% da população a sofrer com esta condição, e as “dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço”, que afeta 24% da população (132). O valor destas condições é ainda mais relevante nas mulheres uma vez que a proporção de mulheres que sofre de ambas as condições é de 40% e de 32%, respetivamente. O grupo etário mais afetado por estas condições situa-se entre os 55 e os 64 anos.

Segundo o INS, a segunda doença crónica mais frequente na população portuguesa é a hipertensão arterial com 25%, e a terceira é a artrose que, juntamente com as “dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço”, afeta 24% dos portugueses.

Ainda enquanto doenças crónicas, as alergias, a diabetes mellitus, a incontinência urinária e a asma afetam, respetivamente, 19%, 9%, 7% e 5% da população portuguesa. Entre todas as condições crónicas, a condição que mais afeta a população empregada são

as alergias, com 44% da população a padecer com esta doença. Logo de seguida surgem as “dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas” com 36% de prevalência e as “dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço” com 33%. A população reformada apresenta valores acima dos 40% para as quatro condições mais prevalentes e os desempregados valores abaixo dos 10% para as mesmas condições.

Segundo os dados do 1º inquérito nacional de saúde com exame físico referente ao estado de saúde da população residente em Portugal há mais de 12 meses, no ano de 2015 a população portuguesa com idade compreendidas entre os 25 e os 74 anos de idade era igualmente caracterizada pela presença de doenças crónicas (133). As doenças mais prevalentes são a hipertensão arterial, a obesidade e a diabetes com valores de 36%, 29% e 10%, respetivamente. Os valores de prevalência das três doenças aumenta com o avançar da idade, verificando-se a presença de valores extremamente elevados para a faixa etária entre os 65 e os 74 anos de idade. Nesta faixa etária, a prevalência da hipertensão arterial é de 71%, da obesidade é de 41% e da diabetes é de 24%. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, a prevalência é de 35% para a hipertensão arterial, de 29% para a obesidade e de 11% para a diabetes.

Ainda segundo o mesmo inquérito, 52% dos indivíduos apresenta valores de colesterol total igual ou superior ao recomendado (190 mg/dL) (133). Contudo, e de acordo com a evolução observada a partir de relatórios anteriores, existe a tendência para a diminuição dos valores de prevalência de colesterol elevado na população portuguesa. A partir dos 55 anos de idade, aproximadamente 80% da população apresenta valores de colesterol igual ou superior ao recomendado e não se verificam diferenças segundo o sexo. A região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta uma prevalência de 58%, sendo este o menor valor observado para as sete regiões de Portugal.

No âmbito da dor, e tendo em consideração o relatório de 2014 do INS, 54% da população com quinze ou mais anos de idade referiu ter sentido algum tipo de dor física nas 4 semanas que antecederam à realização da entrevista (132). Em todas as faixas etárias a dor foi percecionada com maior frequência nas mulheres do que nos homens, e, no geral, 63% das mulheres reportou sentir dor enquanto que apenas 44% dos homens referiu ter sentido dores nas 4 semanas em análise. Em praticamente todos os valores da escala de

dor a frequência de dor foi superior nas mulheres, especialmente no nível “moderado” e no nível “intenso”. A exceção aconteceu no nível “muito ligeiro” uma vez que neste nível de intensidade a prevalência foi superior nos homens. Nos valores mais graves da escala, a dor “intensa” ou “muito intensa” atingia 2,4 mulheres por cada homem. Entre as pessoas que sentiam dor, 36% referia que esta interferia com as suas tarefas habituais e, também neste fator, o quadro agrava com a idade. De forma geral, as mulheres são mais afetadas pela dor do que os homens, com 46% das mulheres a referir que a dor interfere com as suas tarefas habituais quando apenas 25% dos homens refere que a presença de dor afeta a realização das suas tarefas habituais.

Por outro lado, no âmbito da saúde mental, e ainda segundo o INS, a prevalência de indivíduos que apresentava sintomas depressivos era de 10%, com 6,3% a apresentar “sintomas graves” e 3,7% a apresentar “sintomas ligeiros”. (132). À medida que aumenta o nível de escolaridade, a proporção de população com sintomas de depressão diminui. Assim, 21% dos indivíduos sem nível de escolaridade e 11% dos indivíduos com nível de escolaridade baixo apresentavam sintomas depressivos. Por outro lado apenas 3% dos indivíduos com nível de ensino superior apresentavam sintomas depressivos, verificando-se que estes eram, quase na totalidade, sintomas ligeiros. As mulheres, tal como na generalidade dos parâmetros anteriores, aparentemente são mais suscetíveis a apresentar sintomas depressivos uma vez que 14% apresenta sintomas depressivos. Por outro lado, apenas 6% dos homens com quinze ou mais apenas de idade apresentava sintomas depressivos no ano em análise.

Como principais causas para a morte na população portuguesa, em 2014 as doenças cardiovasculares e o cancro ocupavam lugar de destaque tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino (134). Segundo o relatório elaborado pela OCDE e pelo OESPS, o acidente vascular cerebral é a principal causa de morte geral com 11% do número total de mortes registadas em 2014. De seguida, surgiam as “outras doenças cardíacas” e as doenças cardíacas isquémicas que, representavam cada uma, 7% do número total de mortes. Nas mulheres, as doenças cardiovasculares eram a principal causa de morte com 34% do número total de mortes, enquanto que nos homens as doenças cardiovasculares eram a segunda principal causa de morte com 27%.

Em 2014, a principal causa de morte nos homens era o cancro com uma prevalência de 29%, enquanto que nas mulheres o cancro aparece como segunda causa mais frequente com 20% (134).

Para ambos os sexos, a terceira causa de morte está relacionada com problemas do sistema endócrino e metabólico, sendo a diabetes a quinta causa geral de morte, com 4% do número total de mortes (134). Com 5% nas causas gerais de morte encontrava-se a pneumonia, sendo as doenças respiratórias responsáveis pela morte de 11% das mulheres e de 12% dos homens.

Como doenças igualmente responsáveis por um número considerável de mortes, temos ainda as doenças do sistema nervoso, onde se inclui a demência e a doença de Alzheimer, que aumentaram significativamente desde o ano de 2000 (134). Segundo os dados do relatório, os números de mortes associados a estas doenças aumentaram para mais do triplo, sendo esta categoria de doenças responsável pela morte de 7% das mulheres e de 5% dos homens.

No entanto, a análise sobre o impacto da doença num país não se pode restringir aos valores de mortalidade uma vez que este fator, isoladamente, não nos permite observar o quadro geral do impacto das doenças na vida das populações. Para termos uma imagem mais completa do impacto das doenças devemos analisar o valor dos DALYs (esperança de vida corrigida pela incapacidade) que representam a perda provocada por uma doença ou condição de saúde equivalente a um ano de saúde plena, e que resulta do somatório dos YLLs (anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura) e dos YLDs (anos de vida vividos com uma doença ou condição de saúde debilitante).

Assim, e tendo em conta os valores apresentados pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation*, se compararmos os valores de 2019 com 1990, verificamos que os valores de DALYs em Portugal para todas as causas tiveram uma redução considerável. Em 1990 o valor dos DALYs era de 34,192.88 por cem mil habitantes e em 2019 era de 31,349.01 por cem mil habitantes (135). Ainda assim, entre 2015 e 2019 verificaram-se sinais de agravamento nos valores dos DALYs, registando-se um aumento de 4%. Tendo em conta

todas as doenças ou condições de saúde, as doenças não comunicáveis (Grupo II) ocupam treze dos primeiros quinze lugares do ranking dos DALYs de 2019 (tabela A1).

Segundo os dados disponibilizados pelo IHME, e independentemente da variação anual negativa desde 1990, o acidente vascular cerebral é a doença que apresenta um peso superior para o valor total dos DALYs (tabela A1).

**Tabela A1.** Valores de DALYs por doença no ano de 2019, para ambos os sexos e para todas as idades, em Portugal

| Rank | Doença ou condição                       | % no total de DALYs  | % variação anual desde 1990 |
|------|------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 1    | Acidente vascular cerebral               | 6,8% (5,91% - 7,76%) | - 2,47%                     |
| 2    | Doença cardíaca isquémica                | 5,5% (4,78% - 6,27%) | - 1,66%                     |
| 3    | Lombalgia                                | 5,2% (4,15% - 6,38%) | + 0,64%                     |
| 4    | Diabetes mellitus                        | 4,8% (4,15% - 5,58%) | + 1,58%                     |
| 5    | Doença pulmonar obstrutiva crónica       | 3,3% (2,86% - 3,74%) | + 0,73%                     |
| 6    | Desordens depressivas                    | 3,2% (2,38% - 4,11%) | - 0,004%                    |
| 7    | Cancro do pulmão, traqueia ou brônquios  | 3,1% (2,64% - 3,50%) | + 1,21%                     |
| 8    | Infeções respiratórias do trato inferior | 2,9% (2,40% - 3,32%) | + 1,04%                     |
| 9    | Cancro do cólon ou reto                  | 2,8% (2,41% - 3,17%) | + 1,21%                     |
| 10   | Doença de Alzheimer e outras demências   | 2,7% (1,29% - 5,88%) | + 3,14%                     |
| 11   | Ansiedade                                | 2,6% (1,85% - 3,42%) | + 0,13%                     |
| 12   | Enxaquecas                               | 2,4% (0,55% - 5,00%) | - 0,01%                     |
| 13   | Quedas                                   | 2,0% (1,71% - 2,27%) | - 0,20%                     |
| 14   | Doença crónica renal                     | 1,8% (1,56% - 2,04%) | + 1,54%                     |
| 15   | Osteoartrite                             | 1,7% (0,97% - 3,36%) | + 1,55%                     |

As outras três doenças com peso superior a 4% no valor total de DALYs são a doença isquémica transitória, a lombalgia e a diabetes mellitus. A doença que registou um aumento superior na variação anual relativamente ao valor de DALYs é a “doença de Alzheimer e outras demências”, sendo seguida pela diabetes mellitus, pela doença renal

crónica e pela osteoartrite. Entre as quinze doenças com o maior peso nos valores de DALYs, apenas as infeções respiratórias do trato inferior e as quedas não pertencem ao Grupo II.

Considerando os grupos de doenças, os neoplasmas apresentam os valores superiores de DALYs com um aumento de 16% no período entre 1990 e 2019. De seguida surgem as doenças cardiovasculares e as desordens musculoesqueléticas. No entanto, e desde o ano de 1990, o impacto das desordens musculoesqueléticas no valor dos DALYs aumentaram 31%, e das doenças cardiovasculares diminuíram 39%. Atualmente, em quarto lugar surgem as desordens mentais com um aumento de 2% desde 1990, e em quinto encontra-se a diabetes mellitus e as doenças renais com um aumento de 58%. As desordens neurológicas encontram-se na sexta posição e registam igualmente um aumento relevante e na ordem dos 46%. Considerando as doenças do Grupo I (doenças comunicáveis, maternas, neonatais e nutricionais) e do Grupo III (lesões) que têm maior impacto no valor dos DALYs, as lesões respiratórias e a tuberculose surgem no décimo primeiro lugar com um aumento de 12% relativamente a 1990, e as lesões não intencionais surgem em nono lugar com uma redução de 25%.

# **ANEXO B**

Notas teóricas e científicas sobre a MTC

## B1. Huang Di Nei Jing

O *Huang Di Nei Jing* – Clássico Interno do Imperador Amarelo – é considerado como a primeira grande obra relativa à MTC, e é, ainda nos dias de hoje, um instrumento de estudo e de trabalho vital para os profissionais da área. Desconhece-se a data precisa da sua criação, mas sabe-se que a sua escrita foi motivada pelo desenvolvimento do registo médico que ocorreu durante o Período dos Reinos Combatentes (475 – 221 a.C.). Em 26 a.C., durante a dinastia *Han* (206 a.C – 220 d.C.), Liu Xin arquivou uma cópia integral do clássico na biblioteca do tribunal para proteger a obra (31).

Devido à instabilidade social e política local, o *Huang Di Nei Jing* desapareceu durante o século III d.C., tendo sido recuperada uma cópia quatro séculos após, durante a dinastia *Tang* (618 – 906 d.C.). A partir do achado, Wang Bing, ministro imperial, publicou uma revisão em 762 d.C. à qual foram adicionados adendas e comentários (31). No presente, e segundo a revisão de Wang Bing, o grande clássico de MTC é composto por dois livros com oitenta e um capítulos cada, sendo o *Su Wen* dirigido para o estudo do diagnóstico e da matéria médica chinesa e o *Ling Shu* – originalmente denominado como *Zhen Jing* – dirigido para o estudo da acupuntura (15). Para além da relevância dos conteúdos da obra para os profissionais da MTC, o *Huang Di Nei Jing* é considerado como um livro essencial para a história da medicina mundial. Apesar de ser um livro milenar, este clássico chinês descreve o corpo humano com uma precisão que ronda os 80 e os 90% (31).

## B2. Teoria dos jing Luo

Segundo a teoria dos *jing luo*, os canais são os vasos principais e os colaterais são os seus ramos de ligação, sendo as técnicas terapêuticas da MTC usualmente aplicadas nos canais. No interior dos canais e colaterais circula *qi* e sangue, e o *qi* é responsável pela função das estruturas e o sangue pela sua nutrição (52). O sistema de organização de classificação dos canais e colaterais apresenta variações entre os autores, contudo, é unânime entre todos que os meridianos desempenham funções diferenciadas e todos os meridianos, sem exceção, são fundamentais para o correto funcionamento do organismo. Os canais são distribuídos simetricamente, circulam longitudinalmente, conectam-se

internamente com os órgãos e com as vísceras, e externamente conectam-se com as quatro extremidades, com a pele e com os órgãos dos sentidos. Habitualmente, os canais são divididos em dois grupos: os meridianos regulares ou principais (*jing mai*), e os meridianos extraordinários (*qi jing ba mai*) (37).

Os meridianos principais estão diretamente relacionados com os órgãos e com as vísceras e regulam as partes do corpo pelas quais atravessam, e os meridianos extraordinários têm a função de controlar, de unir e de regular os meridianos principais (53). Seguindo o mesmo princípio, os colaterais são usualmente divididos em dois grupos: os *bie luo*, quinze colaterais *major* ou transversais que ligam os meridianos internos aos meridianos externos (existem autores que consideram a existência de dezasseis meridianos deste tipo), e os *fu luo*, *sun luo* e *xue luo*, colaterais *minor* que são responsáveis pela ramificação superficial dos *jing mai* e dos *bie luo* (52,53).

Para além dos vasos apresentados, ainda existem: os doze meridianos distintos (*shi er jing bie*) que ligam os *jing mai* aos órgãos e às vísceras e que têm a função de proteger estes últimos; os meridianos tendino-musculares (*jing jin*) que têm um trajeto superficial, amplo e paralelo aos *jing mai* e que são responsáveis por proteger o interior e garantir a coesão da estrutura do corpo; os colaterais longitudinais (*zong luo*) que acompanham o trajeto dos *jing mai*, e conduzem o qi, o sangue e a energia defensiva para todas as partes do corpo; e as zonas cutâneas (*pi bu*) que são a primeira camada defensiva e a mais reativa de todo o corpo (52). Tendo em conta os diferentes autores, estes últimos canais e colaterais são classificados de forma distinta.

# **ANEXO C**

## **Publicações clássicas**

Tabela A2. Livros clássicos de Medicina Tradicional Chinesa

| Período          | Obra                                                                                                                                               | Enquadramento histórico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 475 - 221 a.C.   | 黄帝内经 <i>Huang Di Nei Jing</i><br>O Clássico Interno do Imperador Amarelo                                                                           | Livro escrito no Período dos Reinos Combatentes, dividido em dois volumes com 81 capítulos cada: o <i>Ling Shu</i> e o <i>Su Wen</i> . O livro descreve a fisiologia e a estrutura do corpo, a patologia e o diagnóstico, o tratamento e a prevenção da doença.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 196 - 204 d.C.   | 伤寒杂病论 <i>Shang Han Za Bing Lun</i><br>Tratado das doenças frias e desordens diversas                                                               | Livro escrito pelo médico Zhang Zhongjing durante a Dinastia Han, que se perdeu durante a guerra dos Três Reinos. Incluiu 375 fórmulas, interpretação de pulsos, danos causados pelo frio, o tratamento pelos seis meridianos e doenças várias (infantis, ginecológicas e outras)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 220 - 250 d.C.   | 神农本草经 <i>Shen Nong Ben Cao Jing</i><br>Clássico de Matéria Médica do Shennong                                                                      | Primeiro livro escrito exclusivamente sobre a matéria médica chinesa durante o Período dos Três Reinos. Classifica 365 substâncias como não tóxicas, levemente tóxicas e altamente tóxicas, e divide-as em 6 classes terapêuticas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 265 - 317 d.C.   | 金匱要略 <i>Jin Gui Yao Lue</i><br>Prescrições essenciais do gabinete de ouro<br><br>伤寒论 <i>Shang Han Lun</i><br>Tratado sobre as doenças febris frias | Reedição do conteúdo do <i>Shang Han Za Bing Lun</i> , em dois livros, a partir de fragmentos de textos recuperados após a guerra. Inicialmente foi organizado por Wang Shu-He, o autor do clássico dos pulsos, <i>Mai Jing</i> . No <i>Shang Han Lun</i> é apresentado o método diferenciação das doenças febris frias, e são incluídas 113 prescrições do <i>Shang Han Za Bing Lun</i> . Por outro lado, no <i>Jin Gui Yao Lue</i> são incluídas 262 prescrições do <i>Shang Han Za Bing Lun</i> , são abordadas doenças de medicina interna e são incluídos 40 métodos terapêuticos baseados na diferenciação de síndromes. Na Dinastia Song, os dois clássicos serão novamente reeditados. |
| 265 - 420 d.C.   | 雷公炮炙論 <i>Lei Gong Pao Zhi Lun</i><br>Discurso do Mestre Lei sobre processamento da Matéria Médica                                                  | Livro compilado por Lei Xiao durante a Dinastia Jin. É o livro mais antigo sobre as técnicas de processamento, e inclui técnicas como a limpeza, o corte, a secagem, a cozedura, a fervura e a calcinação. Inclui ainda referências às propriedades e aos sabores das substâncias medicinais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 500 d.C.         | 本草经集注 <i>Ben Cao Jing Ji Zhu</i><br>Coleção de comentários do Clássico de Matéria Médica                                                           | Livro escrito por Tao Hongjing durante as Dinastias do Norte e do Sul. Documenta as propriedades, as fontes, as práticas de colheita, a coleção e a identificação da matéria médica chinesa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 659 d.C.         | 新修本草 <i>Xin Xiu Ben Cao</i><br>Matéria Médica revisto recentemente                                                                                 | Documento oficial compilado por Su Jing durante a Dinastia Tang. É a primeira farmacopeia de 54 volumes organizada em 3 partes, e é a primeira a ser publicada oficialmente na China ou por qualquer entidade nacional em todo o mundo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1368 - 1644 d.C. | 本草綱目 <i>Ben Cao Gang Mu</i><br>Compêndio da Matéria Médica                                                                                         | Clássico escrito por Li Shizhen durante a Dinastia Ming. É uma das maiores obras na história da Medicina Tradicional Chinesa e da Farmacologia, e lista, analisa e descreve todas as plantas, animais, minerais e substâncias que têm propriedades medicinais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1644 - 1911 d.C. | 溫病事 <i>Wen Bing Xue</i><br>Teoria das doenças quentes                                                                                              | O mais moderno dos quatro clássicos chineses que são de estudo obrigatório para os profissionais (os outros três são o <i>Huang Di Nei Jing</i> , o <i>Jin Gui Yao Lue</i> e o <i>Shang Han Lun</i> ). Foi escrito durante a Dinastia Qing sob a influência de cinco médicos chineses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

# **ANEXO D**

Parecer da Comissão de Ética do IHMT - UNL

**Comissão de Ética**  
**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**  
**Universidade Nova de Lisboa**

**Parecer 23.20**

**Título do Estudo:**

Perfil epidemiológico de procura dos utilizadores de Medicina Tradicional Chinesa na Região da Grande Lisboa

**Investigador principal:**

Pascoal Amaral Mouta

**Outro(s) investigador(es) / Orientadores:**

Inês Fronteira

**Entidade promotora:**

Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa

**Entidade onde se efetua o estudo:**

Centro de Consultas de Medicina Tradicional Chinesa, Lisboa

**Objetivos/Resumo do estudo:**

Este estudo tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos utilizadores de Medicina Tradicional Chinesa na região de Lisboa, entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2020, atendendo aos aspetos clínicos e sociodemográficos.  
A recolha de dados será feita através da consulta direta dos ficheiros clínicos do Centro de Consultas de Medicina Tradicional Chinesa em Lisboa.

**Conflito de interesses:**

Não foram identificados conflitos de interesse.

**Consentimento informado, informação para o participante e confidencialidade:**

Neste Centro, as pessoas são convidadas a assinar um termo de consentimento relacionado com os tratamentos ao que é acrescida a hipótese de escolherem autorizar, ou não, a utilização dos seus dados clínicos para estudos. É assegurada confidencialidade e aprovação prévia pela Comissão de Ética da Escola de Medicina Tradicional Chinesa. Esta aprovação é anexada ao protocolo. As precauções tomadas para garantir a confidencialidade são descritos de forma pormenorizada.

**Conclusão:**

- ☒ Parecer Favorável
- ☐ Parecer Provisório
- ☐ Parecer Não Favorável

**Documentos analisados:**

- ☒ Protocolo datado de 05/10/2020 ou versão
- ☐ Questionário do estudo
- ☒ Formulário de informação do estudo e consentimento informado
- ☐ Guião de entrevista do estudo
- ☒ CV dos investigadores externos ao IHMT
- ☒ Outras autorizações relevantes ☒ Conselho de Ética ☒ Instituições ☐ Outros

Lisboa, 11/11/2020



Professora Doutora Cláudia Conceição  
Presidente da Comissão de Ética

## **ANEXO E**

Declaração de consentimento informado e esclarecido



## SENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

### Centro de Consultas de Medicina Tradicional Chinesa

A Acupunctura e a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) são sistemas de cuidados de saúde que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019) representam um recurso de Saúde importante com numerosas aplicações, e inclui a prevenção e acompanhamento de doenças crónicas relacionadas com o estilo de vida e o atendimento das necessidades de saúde das populações em envelhecimento. Muitos artigos científicos podem ser consultados sobre a evidência da eficiência da MTC e da Acupunctura no tratamento de diferentes condições de Saúde. Atendendo à vontade dos cidadãos portugueses expressa numa petição pública com mais de 80.000 assinaturas, em 2003 a Assembleia da República legalizou e deu início à regulamentação destas Terapêuticas no âmbito das Terapêuticas não Convencionais.

A qualidade da segurança e da prática da Acupunctura e da MTC são garantidas pelo cumprimento das normas estipuladas na Lei 71/2013 e na Portaria 182/2014 e pela formação dos seus profissionais, credenciados pela ACSS (Administração dos Serviços Centrais de Saúde). O Centro de Consultas da Escola de Medicina Tradicional Chinesa cumpre os requisitos estipulados pela Lei e Portarias que regulamentam o exercício destas terapêuticas, bem como garante a formação qualificada dos seus profissionais.

Após o diagnóstico inicial é proposto ao paciente um plano de tratamento que pode incluir, no caso da MTC, a acupunctura e técnicas associadas, a massagem Tuina, a prescrição de plantas medicinais da MTC ou da flora ocidental, dietética, o exercício terapêutico de Tai Chi ou Chi kung e aconselhamento de estilos de vida saudável. Excepcionalmente, quer o tratamento de Acupunctura quer da MTC podem causar reacções momentâneas ou num curto espaço de tempo, não habituais, que serão explicadas ao paciente, na medida do possível, no decorrer da sua primeira consulta.

Na avaliação inicial do paciente são ainda identificadas eventuais situações de emergência e/ou urgência médica bem como os casos que necessitam de consulta de Medicina Convencional e encaminhados para um Hospital ou para os serviços de Medicina Convencional convenientes. Na prescrição fitoterápica são tidos em conta as principais incompatibilidades tendo em atenção a medicação convencional.

Eu \_\_\_\_\_ concordo e autorizo a aplicação da MTC e dos tratamentos de Acupunctura, Fitoterapia, Massagem Tuina e outros métodos da MTC e da Acupunctura, e compreendo que sou livre de escolher um ou mais métodos e de interromper o tratamento a qualquer momento. Mais declaro que, se durante o período de tratamento as condições de saúde se deteriorarem, assumo a responsabilidade de informar o responsável pelo tratamento. A minha assinatura neste consentimento indica que li, concordo e aceito as informações supra mencionadas.

☐ Declaro ainda que autorizo, de forma voluntária e autónoma, que os meus dados sociodemográficos e clínicos, sejam utilizados para fins de investigação, podendo ser consultados, tratados e publicados por profissionais do Centro de Consultas da ESMTC. Esta autorização obriga a que seja assegurada a minha confidencialidade e anonimato, e o acesso e utilização dos meus dados para fins de investigação obriga a aprovação prévia pela Comissão de Ética da ESMTC.

☐ Declaro ainda que não autorizo que os meus dados sociodemográficos e clínicos sejam utilizados para investigação sob nenhuma forma.

A não autorização para a utilização dos dados para investigação não trará quaisquer prejuízos para o utente nem implicará quaisquer alterações aos procedimentos clínicos considerados ideais pelos profissionais do Centro de Consultas da ESMTC.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# **ANEXO F**

Autorização para recolha de dados clínicos



ESMTC - Escola de Medicina  
Tradicional Chinesa, Lda

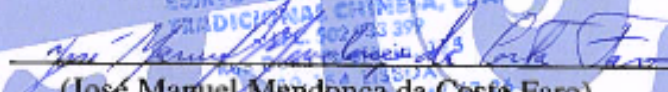
Rua de Dona Estefânia, 173 - 175,  
1000-154 Lisboa, Portugal  
Tel.: 21 347 56 05  
21 347 67 26  
Fax: 21 342 68 04  
www.esmtc.pt  
email: esmtc@esmtc.pt

## Declaração

Mediante a apreciação da Comissão de Ética da ESMTC, é deferido o pedido de Pascoal Amaral Mouta, portador da cédula profissional de Medicina Tradicional Chinesa com o número C-006114, para proceder à recolha de dados sociodemográficos e clínicos dos ficheiros clínicos do Centro de Consultas de MTC. A recolha de dados deverá ser exclusiva aos ficheiros clínicos do dia clínico de Sábado e deverá ser realizada no interior das instalações, durante o período do seu funcionamento, em horário a definir pelo investigador. A recolha dos dados deverá ser realizada entre o dia 15/10/2020 e o dia 31/01/2021.

Lisboa, 05 de Novembro de 2020

A direção da ESMTC

  
(José Manuel Mendonça da Costa Faro)

  
(Maria Deolinda Camilo Rodrigues Fernandes)

# **ANEXO G**

Parecer da Comissão Científica da ESMTC

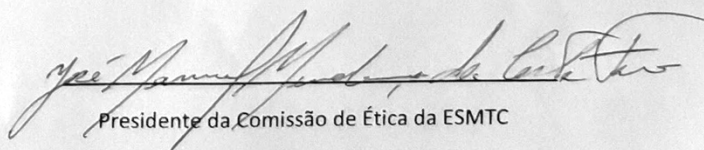


## AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DE DADOS CLÍNICOS Centro de Consultas de Medicina Tradicional Chinesa

A Comissão de Ética da Escola de Medicina Tradicional Chinesa autoriza a recolha, para fins de investigação, dos dados sociodemográficos e clínicos dos ficheiros clínicos do Centro de Consultas de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa ao cidadão PASCAL AMARAL NOVA, portador da cédula profissional de MEDICINA TRAD. CHINESE com o número C-006114 e portador do cartão de cidadão com o número 12341033. A recolha de dados apenas pode ser realizada no interior das instalações da instituição, durante o período de funcionamento da mesma, entre o dia 15/10/2020 e o dia 31/01/2021. A presente autorização obriga a que o investigador respeite os princípios éticos de anonimato e confidencialidade, assim como o código deontológico da APAMTC - Associação Portuguesa de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa. A recolha de dados pode ser realizada referente AO DIA CLÍNICO DE SÁBADO.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Lisboa, 14/10/2020

  
Presidente da Comissão de Ética da ESMTC

## **ANEXO H**

Consultas de primeira vez por ano, por mês e por trimestre

**Tabela A3.** Distribuição das consultas de primeira vez por ano, por mês e por trimestre: N – contagem (% por coluna), teste e valor de prova para a diferença de proporções segundo o sexo

|                    | Total<br>N(%) | 2015<br>N(%) | 2016<br>N(%) | 2017<br>N(%) | 2018<br>N(%) | 2019<br>N(%) | 2020<br>N(%) | Teste               | p                                                                              |
|--------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mês</b>         | (N = 478)     | (N = 50)     | (N = 97)     | (N = 105)    | (N = 99)     | (N = 83)     | (N = 44)     |                     |                                                                                |
| Janeiro            | 44 (9,2%)     | 2 (4,0%)     | 7 (7,2%)     | 8 (7,6%)     | 9 (9,1%)     | 10 (12,0%)   | 8 (18,2%)    |                     |                                                                                |
| Fevereiro          | 56 (11,7%)    | 4 (8,0%)     | 6 (6,2%)     | 7 (6,7%)     | 14 (14,1%)   | 14 (16,9%)   | 11 (25,0%)   |                     |                                                                                |
| Março              | 39 (8,2%)     | 5 (10,0%)    | 8 (8,2%)     | 10 (9,5%)    | 10 (10,1%)   | 6 (7,2%)     | -            |                     |                                                                                |
| Abril              | 33 (6,9%)     | 0            | 10 (10,3%)   | 7 (6,7%)     | 13 (13,1%)   | 3 (3,6%)     | -            |                     |                                                                                |
| Maió               | 37 (7,7%)     | 7 (14,0%)    | 10 (10,3%)   | 7 (6,7%)     | 7 (7,1%)     | 4 (4,8%)     | 2 (4,5%)     |                     |                                                                                |
| Junho              | 38 (7,9%)     | 3 (6,0%)     | 7 (7,2%)     | 10 (9,5%)    | 11 (11,1%)   | 6 (7,2%)     | 1 (2,3%)     | 84,735 <sup>a</sup> | 0,002 <sup>*</sup>                                                             |
| Julho              | 44 (9,2%)     | 3 (6,0%)     | 10 (10,3%)   | 11 (10,5%)   | 6 (6,1%)     | 8 (9,6%)     | 6 (13,6%)    |                     |                                                                                |
| Setembro           | 51 (10,7%)    | 7 (14,0%)    | 7 (7,2%)     | 17 (16,2%)   | 10 (10,1%)   | 9 (10,8%)    | 1 (2,3%)     |                     |                                                                                |
| Outubro            | 53 (11,1%)    | 8 (16,0%)    | 12 (12,4%)   | 11 (10,5%)   | 6 (6,1%)     | 6 (7,2%)     | 10 (22,7%)   |                     |                                                                                |
| Novembro           | 47 (9,8%)     | 7 (14,0%)    | 12 (12,4%)   | 8 (7,6%)     | 6 (6,1%)     | 10 (12,0%)   | 4 (9,1%)     |                     |                                                                                |
| Dezembro           | 36 (7,5%)     | 4 (8,0%)     | 8 (8,2%)     | 9 (8,6%)     | 7 (7,1%)     | 7 (8,4%)     | 1 (2,3%)     |                     |                                                                                |
| <b>Trimestre</b>   |               |              |              |              |              |              |              |                     |                                                                                |
| Janeiro - Março    | 139 (29,1%)   | 11 (22,0%)   | 21 (21,6%)   | 25 (23,8%)   | 33 (33,3%)   | 30 (36,1%)   | 19 (43,2%)   |                     |                                                                                |
| Abril - Junho      | 108 (22,6%)   | 10 (20,0%)   | 27 (27,8%)   | 24 (22,9%)   | 31 (31,3%)   | 13 (15,7%)   | 3 (6,8%)     | 29,700 <sup>b</sup> | 0,013 <sup>**</sup>                                                            |
| Julho - Setembro   | 95 (19,9%)    | 10 (20,0%)   | 17 (17,5%)   | 28 (26,7%)   | 16 (16,2%)   | 17 (20,5%)   | 7 (15,9%)    |                     |                                                                                |
| Outubro - Dezembro | 136 (28,5%)   | 19 (38,0%)   | 32 (33,0%)   | 28 (26,7%)   | 19 (19,2%)   | 23 (27,7%)   | 15 (34,1%)   |                     |                                                                                |
|                    |               |              |              |              |              |              |              |                     | <sup>a</sup> Teste LR <sup>b</sup> Teste $\chi^2$ * P < 0,001      ** P < 0,05 |

# **ANEXO I**

Doenças e sintomas e efeito do primeiro tratamento

**Tabela A4.** Distribuição das doenças e sintomas segundo a CID-11 pela variável "efeito do primeiro tratamento": N – contagem (% por linha), teste e valor de prova para a diferença de proporções

|                                                                            | Total<br>N | Agravou<br>N(%) | Sem alteração<br>N(%) | Melhorou<br>N(%) | Resolvido<br>N(%) | LR     | p     |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|-----------------------|------------------|-------------------|--------|-------|
| <b>Doenças e sintomas segundo a CID-11</b>                                 |            |                 |                       |                  |                   |        |       |
| 01. Certas doenças infecciosas ou parasitárias                             | 1          | 0               | 0                     | 1 (100%)         | 0                 |        |       |
| 02. Neoplasias                                                             | 11         | 0               | 4 (36,4%)             | 7 (63,6%)        | 0                 |        |       |
| 04. Doenças do sistema imunológico                                         | 5          | 0               | 1 (20,0%)             | 4 (80,0%)        | 0                 |        |       |
| 05. Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas                        | 11         | 0               | 5 (45,5%)             | 6 (54,5%)        | 0                 |        |       |
| 06. Transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento        | 55         | 1 (1,8%)        | 8 (14,5%)             | 45 (81,8%)       | 1 (1,8%)          |        |       |
| 07. Distúrbios de sono-vigília                                             | 15         | 1 (6,7%)        | 3 (20,0%)             | 9 (60,0%)        | 2 (13,3%)         |        |       |
| 08. Doenças do sistema nervoso                                             | 33         | 0               | 9 (27,3%)             | 22 (66,7%)       | 2 (6,1%)          |        |       |
| 09. Doenças do sistema visual                                              | 1          | 0               | 0                     | 0                | 1 (100,0%)        |        |       |
| 10. Doenças do ouvido ou processo mastoide                                 | 5          | 1 (20,0%)       | 3 (60,0%)             | 1 (20,0%)        | 0                 | 67,863 | 0,057 |
| 11. Doenças do sistema circulatório                                        | 20         | 0               | 0                     | 20 (100%)        | 0                 |        |       |
| 12. Doenças do sistema respiratório                                        | 22         | 0               | 3 (13,6%)             | 17 (77,3%)       | 2 (9,1%)          |        |       |
| 13. Doenças do sistema digestivo                                           | 16         | 1 (6,3%)        | 2 (12,5%)             | 10 (62,5%)       | 3 (18,8%)         |        |       |
| 14. Doenças da pele                                                        | 16         | 0               | 2 (12,5%)             | 13 (81,3%)       | 1 (6,3%)          |        |       |
| 15. Doenças do sistema musculoesquelético ou do tecido conjuntivo          | 115        | 4 (3,5%)        | 14 (12,2%)            | 85 (73,9%)       | 12 (10,4%)        |        |       |
| 16. Doenças do sistema geniturinário                                       | 16         | 1 (6,3%)        | 6 (37,5%)             | 8 (50,0%)        | 1 (6,3%)          |        |       |
| 18. Gravidez, parto ou puerpério                                           | 1          | 0               | 0 (%)                 | 1 (100%)         | 0                 |        |       |
| 21. Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte | 21         | 0               | 3 (14,3%)             | 14 (66,7%)       | 4 (19,0%)         |        |       |
| 22. Lesões, envenenamento ou certas consequências de causas externas       | 4          | 0               | 1 (25,0%)             | 3 (75,0%)        | 0                 |        |       |