

EFICÁCIA DO QIGONG NA DEPRESSÃO:

Revisão Sistemática de Literatura

PEDRO JORGE GAMEIRO DA SILVA PEREIRA

Dissertação de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa

2015

PEDRO JORGE GAMEIRO DA SILVA PEREIRA

EFICÁCIA DO QIGONG NA DEPRESSÃO:

Revisão Sistemática de Literatura

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Medicina Tradicional Chinesa submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Maria João R. Rocha dos Santos
Categoria – Mestre de Medicina Tradicional Chinesa

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Coorientador – Henry Johannes Greten
Categoria – Professor Associado Convidado
Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Resumo

Introdução: A depressão afeta 350 milhões de pessoas a nível global, e é um dos principais fatores responsáveis pela carga global de morbidade. São ainda atribuídas à depressão cerca de um milhão de mortes anuais, devido a suicídio. A depressão encontra-se entre as dez maiores causas de DALY's (Disability-Adjusted Life Years), Anos Perdidos de Vida Saudável devido a Doença, Lesão ou Fator de risco, tanto globalmente como regionalmente (região Europeia). Projeta-se que esteja entre as três maiores causas de DALY's em 2030. As perturbações depressivas representam 12,4% de YLD (Years Lived with Disability) ou anos vividos com incapacidade— a principal condição crónica na Europa. O exercício físico e o relaxamento têm efeitos comprovados na depressão. O qigong pode ser entendido como um sistema tradicional de exercícios de biofeedback neurovegetativo, com efeitos na redução do stress (burnout) e da ansiedade e na melhoria de atributos mentais, como a atenção. O qigong é seguro, fácil de aprender, barato e pode ser usado em associação com outras abordagens terapêuticas.

Objetivos: Rever a literatura existente em relação aos efeitos do qigong na depressão.

Métodos: Foi efetuada uma pesquisa em PubMed, CINAHL, MEDLINE, DARE, COCHRANE Central Register of Controlled Trials, COCHRANE Database of Systematic Reviews, COCHRANE Methodology Register, Medic Latina, Health Technology Assessments e Library Information Science and Technology, no dia 11 de Agosto de 2015.

Constituíram critérios de inclusão artigos em texto integral, em língua inglesa, referentes a qigong e depressão e publicados de Agosto de 2010 a Agosto de 2015. Os artigos foram lidos e classificados de acordo com a classificação de evidência de Guyatt. As palavras-chave usadas, “qigong” e “depressão” foram validadas no MeSHBROWSER.

Resultados: Onze artigos tinham critérios de elegibilidade para inclusão. Destes, dois foram publicados em 2010 e nove em 2013. Nenhum dos artigos remanescentes foi publicado nos restantes quatro anos. Sete artigos reportaram resultados positivos, dois artigos reportaram resultados positivos sem significância estatística e dois artigos reportaram resultados inconclusivos.

Três dos artigos são estudos experimentais randomizados – RCT. Quatro dos artigos são revisões sistemáticas de literatura – RSL. O número de revisões versus RCTs é contraditório.

Dois RCTs recorreram a grupos de controlo de tipo leitura de jornais, o artigo restante a grupo de controlo de tipo lista de espera. Dois artigos fizeram avaliação de parâmetros fisiológicos. Nenhum uso grupo de controlo de tipo qigong placebo.

Conclusão: Os benefícios potenciais da prática do qigong são assinaláveis. Contudo, a literatura existente é escassa, especialmente se especificamente concernente aos efeitos do qigong na depressão. As limitações do desenho metodológico dos artigos são frequentes. A baixa qualidade metodológica dos estudos em qigong é recorrente. Muitos resultados positivos são pouco mais que empíricos no que diz respeito à qualidade dos controlos. A realização de futuros estudos com desenhos metodológicos mais robustos, possivelmente com o uso de grupo experimental (verum qigong), e grupos de controlo qigong placebo e lista de espera é de importância fundamental. A parametrização dos efeitos do qigong através de medições objetivas, como o cortisol salivar, a variabilidade da frequência cardíaca ou a termografia por infravermelhos é necessária para melhorar a pesquisa em qigong.

Palavras-chave: Medicina Tradicional Chinesa; MTC; qigong; depressão

Abstract

Introduction: Depression affects 350 million people worldwide, being one of the main factors responsible for the global burden of disease. It is reported to be also accountable for 1 million deaths a year, due to suicide. Depression is among the 10 leading causes of disability-adjusted life years (DALY's) lost globally and regionally (European region). It is projected to be among the top three causes of DALY's lost by 2030. Depressive disorders accounts to 12.4% of all YLD (Years Lived with Disability) – making it the leading chronic condition in Europe, and are the third cause of DALYs (Disability-Adjusted Life Years) (5.6% of all DALYs). Physical exercise and relaxation have proven effective in depression. Qigong can be understood as a system of traditional neuro-vegetative biofeedback exercises which has been shown to reduce stress (burnout) anxiety and enhance mental features like attention. Qigong is safe, easy to learn, inexpensive and can be used in association with other therapeutical approaches.

Objective: To review the literature addressing the effects of qigong on depression.

Methods: A literature search was conducted on PubMed, CINAHL, MEDLINE, DARE, COCHRANE Central Register of Controlled Trials, COCHRANE Database of Systematic Reviews, COCHRANE Methodology Register, Medic Latina, Health Technology Assessments and Library Information Science and Technology, in August, 11, 2015.

Inclusion criteria include full text articles in English, referring to qigong and depression and published from August 2010 to August 2015. Articles were read and classified according to Guyatt's evidence level scale. The keywords used, "qigong" and "depression" were validated by MeSH BROWSER.

Results: Eleven articles were eligible for inclusion, of which two were published in 2010 and nine in 2013. None of the articles were published in the remaining four years. Seven articles reported positive outcomes, two articles reported non statistically significant positive results and two articles reported inconclusive results.

Three of the articles found are prospective randomized controlled trials – RCT's. Four are systematic reviews. The number of reviews versus RCT's is contradictory.

Two RCT's resorted to a newspaper reading control group, and the remaining a waiting-list control group. Two articles parametrized physiological parameters. None used placebo qigong control group.

Conclusion: Potential benefits of the practice of qigong for depression are noticeable. However, research available is scarce, especially when specific to qigong effects on depression. Methodological design limitations of the articles are frequent. Implementation of future studies with more robust methodological design, possibly with the use of 3-arm design (verum qigong, placebo qigong and waiting list control group) is of utmost importance. Parametrization of Qigong-related effects by objective measurements like salivary cortisol, heart rate variability or infrared thermography, are highly necessary to upgrade research in qigong.

Low methodological quality of qigong studies is recurrent. Many positive outcomes are anecdotal regarding to control quality. Better controls must be carried out and objective controls added.

Keywords: Traditional Chinese Medicine; TCM; qigong; depression

Agradecimentos

A todos os que partilharam este caminho, professores, colegas, e todos os que com o seu esforço fazem funcionar o curso, um obrigado que vem do mais profundo de mim. Nomear seria arriscar esquecer. Esquecer seria trair.

Agradeço as caras naquelas salas, as histórias, risos, e preocupações partilhados, o poder franquear as distâncias e criar laços. Agradeço o ter podido partilhar dos percursos, das línguas, da música e dos petiscos, das religiões, da diversidade.

A promessa que nos foi feita naquela sexta-feira à noite em fins de Setembro de 2013 cumpriu-se: tenho uma nova perspectiva da realidade; não sou o mesmo homem que se sentava naquele anfiteatro.

A Riachos, e aos que comigo caminham nessa comunidade. Ao grupo de qigong que me atura semanalmente.

Ao Luís e à Vera, que ajudaram a que tudo fosse possível.

À equipa de Riachos¹. Amizade alicerçada na rocha. Até à próxima reunião.

Ao Prof. Greten. À Prof. Maria João. Obrigado.

À São, a melhor sogra que tenho. Sem si não havia curso.

Francisca, João e Dinis. Mesmo à distância vocês estiveram sempre presentes. Este curso também é vosso.

Rita, o meu vocabulário não tem ainda as palavras necessárias. Temos de as ir inventando juntos.

Abreviaturas

ACTH	– Adrenocorticotrophic Hormone
CRF	– Corticotrophin Releasing Factor
DALY	– Disability-Adjusted Life Year
DGS	– Direcção-Geral da Saúde
DSM	– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	– Estados Unidos da América
HHS	– Hipotálamo-hipófise-supra-renal
MTC	– Medicina Tradicional Chinesa
OMS	– Organização Mundial de Saúde
RCT	– Randomized Controlled Trial
RSL	– Revisão Sistemática de Literatura
YLD	– Years Lived with Disability
YLL	– Years of Life Lost

ÍNDICE

NOTA PRÉVIA.....	1
1 – INTRODUÇÃO	2
2 – DEPRESSÃO.....	4
3 – MTC	9
3.1 – Depressão na MTC.....	17
4 – QIGONG	20
4.1 – Qigong e depressão	22
5 – METODOLOGIA.....	24
6 – RESULTADOS.....	41
7 – CONCLUSÃO	44
8 – BIBLIOGRAFIA	46

Índice de figuras

Figura 1 – Eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal.....	6
Figura 2 – Regulação como um processo técnico. O modelo da bacia de água	10
Figura 3 – Curva sinusoidal, expressão da auto-regulação no modelo da bacia de água.....	11
Figura 4 – Repleção e depleção; yang e yin	11
Figura 5 – Curva sinusoidal e representação simbólica de yin e yang	12
Figura 6 – Geração e regulação das emoções de acordo com a MTC e o modelo de Heidelberg...	16
Figura 7 – Decurso da respiração de tipo abdominal.....	22

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Percentagem das publicações referentes a depressão (cruzamento com os termos "medicine", "Complementary medicine", "TCM" e "qigong")	27
Gráfico 2 – Percentagem das publicações referentes a depressão e qigong no âmbito da MTC....	27
Gráfico 3 – Distribuição dos estudos por ano de publicação	41
Gráfico 4 – Intersecção dos estudos nas diversas RSL em estudo	41
Gráfico 5 – Distribuição dos estudos por níveis de evidência.....	42

Índice de tabelas

Tabela 1 - Depressão na MTC.....	19
----------------------------------	----

Índice de estudos

Estudo 1.....	28
Estudo 2.....	29
Estudo 3.....	30
Estudo 4.....	31
Estudo 5.....	32
Estudo 6.....	33
Estudo 7.....	34
Estudo 8.....	35
Estudo 9.....	36
Estudo 10.....	37
Estudo 11.....	39

**Often the hands will solve a mystery
that the intellect has struggled with in vain.**

Carl Gustav Jung

NOTA PRÉVIA

O contato cotidiano e íntimo com a depressão tem para mim uma existência longa e constante, com peso expressivo em pessoas afetivamente muito próximas. Assim, essa longa convivência – com a patologia mas sobretudo com as limitações que confere a quem dela sofre – conduziu, não tanto a um processo de escolha de tema, mas de deixar que o tema me escolhesse.

A surpresa veio desta novidade que foi descobrir o qigong e identificar em mim e nos meus próximos os seus efeitos. O prof. Mário Gonçalves e a prof. Ana Anjos foram para isso instrumentais.

Poder contribuir, ainda que com os constrangimentos advindos das minhas limitações, para o desenvolvimento deste tema, é um propósito e um desejo.

Perceber o que a investigação dos últimos cinco anos tem a dizer acerca dos efeitos na depressão da prática do qigong pode possibilitar novas abordagens terapêuticas.

1 – INTRODUÇÃO

A depressão afeta, segundo dados da World Federation of Mental Health (2012), cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo. Globalmente considerado, para além do sofrimento pessoal, do peso na saúde de cada um dos homens ou mulheres dessa imensa mole, o peso nas diferentes sociedades, economias, países, é assinalável.

Transversal a países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a sociedades urbanas como rurais, é a principal causa de incapacidade a nível global. Apesar de maior prevalência no sexo feminino, afeta homens e mulheres de todas as faixas etárias. É um dos principais fatores contribuintes para a carga global de doença – *global burden of disease*.

Pincus (2001) e Kessler (2003) referem que entre 5 a 13% das mulheres e 2 a 8% dos homens apresentem depressão em algum momento da vida. A prevalência ao longo da vida situar-se-á nos 16,2%.

É fundamentalmente diferente de flutuações de humor ou de respostas emocionais de curta duração a desafios do quotidiano. Acarreta dificuldades de integração e de desempenho, escolar, profissional, familiar, sendo que no seu pior pode conduzir ao suicídio. E, de facto, é o que acontece em numerosos casos, com um total aproximado de um milhão de mortes por ano.

É ainda uma causa importante de DALY's (Disability-Adjusted Life Year, ou Anos Perdidos de Vida Saudável devido a Doença, Lesão ou Fator de risco). Dados da Direcção-Geral da Saúde de 2010 apontam para a depressão como a quinta causa de DALY's. Este indicador refere-se no fundo à diferença entre a situação real, atual, de saúde de uma comunidade, região, país, e a situação ideal, em que toda a população alcança idade avançada, livre de doença ou incapacidade. O impacto da morbilidade e da mortalidade são evidenciados por tal diferencial levar em conta a soma entre YLL (Years of Life Lost, ou Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura) e YLD (Years Lived with Disability, ou Anos de Vida Vividos com Doença ou Incapacidade). Tal abordagem tem as grandes vantagens de colocar em evidência consequências não fatais das condições de saúde, ao mesmo tempo que ajuda a relevar os custos financeiros, económicos, sociais da situação de saúde da população.

Dados da DGS apresentados no documento “A saúde dos Portugueses – Perspetiva 2015” apontam para uma estimativa da carga de doença atribuível a perturbações mentais e do comportamento, expressa em DALY's, na ordem dos 10,04%

– a quarta causa, após doenças do aparelho circulatório (17,48%), das neoplasias (16,93%) e das perturbações músculo-esqueléticas (14,71%).

O mesmo estudo, quando considerando apenas a componente de morbilidade, aponta para que perturbações mentais e do comportamento representem cerca de 21% do total de anos vividos com incapacidade: a segunda causa, imediatamente após as perturbações músculo-esqueléticas.

Este documento faz ainda referência ao primeiro estudo epidemiológico nacional de perturbações mentais, efetuado em 2013, e integrado no World Mental Health Initiative. Com chancela científica da Universidade de Harvard, sob a égide da OMS, teve lugar em mais de 30 países dos cinco continentes. Como resultados, o estudo destaca:

- Portugal teve a terceira mais elevada taxa (23%) de perturbações do foro psiquiátrico, depois dos EUA (26%) e da República da Irlanda (23%)
- é entre as perturbações depressivas que se apuram as situações de maior gravidade
- nestas, é preocupante o intervalo entre o aparecimento dos sintomas e o início de tratamento médico – média geral de cinco anos, sendo de quatro anos nas perturbações depressivas major.
- prescrição de benzodiazepinas superior à de antidepressivos no respetivo grupo nosológico.

De referir ainda que Fava (1996; 2000) sustenta que entre 19 e 34% dos doentes não tenham resposta a tratamento agudo com antidepressivos, que entre 29 e 46% não atinjam remissão total e que cerca de 50% sofram recaídas.

2 – DEPRESSÃO

De entre os diversos transtornos ou manifestações depressivas parece-nos de fundamental importância descrever a perturbação depressiva *major*. A Associação Americana de Psiquiatria, no seu DSM-5 (2014) - amplamente aceite e utilizado em contexto da saúde mental em Portugal -, estabelece como critérios de diagnóstico da perturbação depressiva *major*:

Critério A.: a presença de cinco ou mais dos sintomas a seguir listados durante um período de pelo menos duas semanas, e desde que represente uma alteração do padrão de funcionamento prévio. Devem ser excluídos sintomas claramente devidos a condição médica, a delírios incongruentes com o humor ou alucinações. Pelo menos um dos sintomas será necessariamente humor deprimido, ou perda de interesse ou prazer (anedonia).

- Humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (exemplos: sentimento de tristeza ou vazio) ou observado por outros (exemplo: lacrimoso(a)) Nota: Em crianças e adolescentes, pode caracterizar-se por irritabilidade.

- Marcada diminuição do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades, a maior parte do dia, quase todos os dias (relato subjetivo ou observado por outros).

- Perda ou ganho significativo de peso (alteração de 5% do peso corporal no espaço de um mês. Aumento ou diminuição do apetite a maior parte dos dias. Em crianças, incapacidade de alcançar peso esperado.

- Insónia ou hipersónia quase todos os dias.

- Agitação psicomotora ou lentificação quase todos os dias (observado por outros, e não meramente sentimentos subjetivos de agitação ou lentidão).

- Fadiga ou falta de energia quase todos os dias.

- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias. Não apenas auto-censura ou culpa por se encontrar doente.

- Capacidade de concentração diminuída, ou indecisão, quase todos os dias (relato subjetivo ou observado por outros).

•Pensamentos recorrentes sobre a morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano, ou tentativa de suicídio ou existência de plano para suicídio.

Critério B.: os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deterioração social, laboral ou de outras áreas de atividade importantes.

Critério C.: Os sintomas não são devidos aos efeitos diretos de uma substância (medicamento ou outra droga) ou a condição médica (exemplo: hipotireoidismo).

Brandão (2004) sistematiza as estruturas diencefálicas, e concretamente o sistema límbico, que para o autor é o substrato anatómico das emoções. Salienta ainda a íntima relação entre perturbações psiquiátricas e alterações endócrinas. A influência das estruturas anatómicas, especialmente hipotálamo e hipófise, resulta que sintomas psiquiátricos estreitamente ligados por exemplo à depressão estão também associados a alterações de âmbito endócrino, numa interação de causalidade. Parece então relevante abordar as estruturas em causa.

O tálamo (**θαλαμο** ou câmara, em grego), funciona como retransmissor dos *inputs* sensoriais que se dirigem ao córtex provindos das regiões mais caudais do Sistema Nervoso Central.

Já o hipotálamo, que representa menos de 1% do volume total do encéfalo, está relacionado com a regulação de numerosas funções vitais, como sejam

- temperatura corporal
- frequência cardíaca
- tensão arterial
- osmolaridade sanguínea
- ingestão alimentar e hídrica,

podendo afirmar-se que estes processos de regulação subordinados ao hipotálamo visam a preservação da homeostasia, ou seja, das condições constantes do meio interno, o que é conseguido por três vias:

1. o sistema endócrino, através do controlo das funções da hipófise

2. o sistema nervoso autónomo, dando origem aos sistemas simpático e parassimpático
3. o sistema motivacional, através de conexões com outras estruturas anatómicas do sistema límbico, como o giro cingulado, e que envolve aspetos emocionais do comportamento

A hipófise está situada na porção basal do hipotálamo e conectada com este por via do sistema porta-hipofisário, uma rede de vasos sanguíneos que permite a passagem rápida de hormonas reguladoras provindas do hipotálamo e que estimulam ou inibem a produção hormonal hipofisária. Da hipófise dependem os processos regulatórios

- das glândulas sexuais
- da tiróide
- do córtex-supra-renal
- do crescimento ósseo

De importância fundamental para a compreensão do fenómeno da depressão parece ser a influência do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal, adiante designado por eixo HHS, dado que alterações na função deste eixo são características desta patologia.

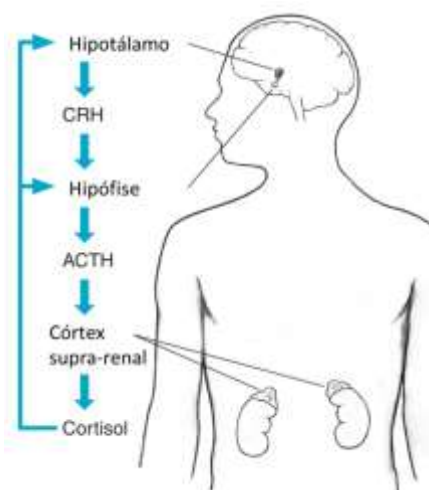


Figura 1 – Eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal

A hiperatividade do eixo HHS está presente numa percentagem significativa de indivíduos com depressão *major*, e que apresentam concentrações aumentadas de cortisol sérico, salivar, urinário ou no líquido cefalorraquidiano.

Segundo Holsboer (2000), indivíduos com depressão crónica e episódios depressivos graves apresentam alterações do eixo HHS, sendo que estas parecem ter

carácter estado-dependente, ou seja, tendem a desaparecer com a resolução da patologia.

A hipersecreção hipotalâmica de hormona libertadora de corticotrofina, ou *Corticotrophin Releasing Factor* – CRF – induz ativação excessiva da hipófise. Esta desencadeia a produção de hormona adrenocorticotrópica, ou *Adrenocorticotrophic Hormone* – ACTH, que leva o córtex suprarrenal a produzir glucocorticóides, a saber, cortisol (e aldosterona). A presença destes exerce *feedback* negativo na secreção de CRF pelo hipotálamo e de ACTH pela hipófise. Os glucocorticóides são notoriamente responsáveis pela regulação do metabolismo energético e têm ainda importantes efeitos anti-inflamatórios, de regulação do sistema imunitário e imunossuppressores, mediados pelos recetores de glucocorticóides. A hiperprodução de glucocorticóides, no entanto, parece contribuir para sinais e sintomas de stress crónico, ao mesmo tempo que danifica estruturas anatómicas essenciais para o controlo do eixo HHS, em especial o hipocampo, estrutura com particular importância na análise de informação espacial, nos processos de memória e na integração do comportamento emocional. Na depressão *major*, a função dos recetores de glucocorticóides parece estar prejudicada, como refere Juruena, M.F. (2004).

A desregulação do *feedback* negativo, com ativação aumentada e prolongada do eixo HHS e redução da resposta deste, resulta frequentemente em hipercortisolémia. Esta hiperactivação, para além da depressão, está associada a perturbações como:

- anorexia nervosa
- perturbação obsessivo-compulsiva
- perturbação de pânico
- adições
- diabetes *mellitus* mal controlados
- hipertiroidismo

Já a hipoactivação do eixo associa-se a perturbações como:

- depressão atípica
- depressão sazonal
- síndrome de fadiga crónica

- fibromialgia
- hipotireoidismo
- stress pós-traumático

Por fim, o papel de neurotransmissores como as monoaminas – serotonina, norepinefrina e dopamina – e nomeadamente da primeira – com importância demonstrada em processos como a regulação do ritmo circadiano, do sono ou do apetite – na génese da depressão, embora aparecendo na literatura desde pelo menos a década de 60 do século XX, tem vindo a ser regularmente objeto de polémica e discussão. A pesquisa contemporânea recorre continuamente à teoria de que níveis baixos destes neurotransmissores estão na base da depressão. Não obstante, e pese embora o crescimento do mercado farmacológico dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina e dos inibidores da monoaminoxidase (enzima responsável pela sua degradação), que têm como objetivo promover o aumento da disponibilidade dos neurotransmissores na fenda sináptica, artigos como o de Andrews (2015), levantam questões acerca do papel das monoaminas nesta patologia, e conseqüentemente, das abordagens terapêuticas a concretizar.

3 – MTC

A OMS (2013) vem salientar o facto de que medicinas complementares e tradicionais são uma parte importante mas também subestimada dos cuidados de saúde. Assiste-se a uma procura global crescente destas respostas, ao mesmo tempo que práticas de comprovada qualidade, eficácia e segurança contribuem para o objetivo de assegurar às populações cuidados generalizados de saúde. A OMS preconiza uma estratégia global para a integração, regulação e supervisão desta componente importante dos cuidados de saúde.

De tradição milenar – talvez 5 000 anos –, e com textos basilares também eles milenares, como o “Huang Di Nei Jing”, ou “Clássico de Medicina Interna do Imperador Amarelo”, que pode remontar a cerca de 2300 anos, a Medicina Tradicional Chinesa – MTC – reflete na sua história recente as transformações sociais e políticas do seu local de origem. A MTC contemporânea resulta de uma reapreciação e síntese de escolas mais antigas, levada a cabo nas décadas de 50, 60 e 70 do século XX.

Henry Johannes Greten viria mais tarde a desenvolver na Alemanha o seu Modelo de Heidelberg de Medicina Tradicional Chinesa, assente nos trabalhos precursores do Prof. Manfred Porkert, médico e sinólogo. O modelo é reconhecido pelo governo chinês como um método que relaciona a medicina ocidental com a oriental, recorrendo a pontos-chave comuns a ambas as medicinas (Greten, H., 2011).

Porkert (1995), define a MTC como um sistema de sensações e achados configurado de modo a estabelecer o estado vegetativo funcional do indivíduo. Greten (2011) propõe a descrição de anomalias funcionais através da análise dos sinais e sintomas apresentados, tendo por base a sua relação com as funções vegetativas do organismo.

A MTC considera a depressão, bem como a medicina ocidental o faz, como uma condição que afeta o modo como a pessoa pensa, sente e se comporta. Tal tem por base a visão que a MTC tem do funcionamento do ser humano. É certo que muitas vezes a MTC, por explicar o homem, a doença ou a medicina através de uma linguagem e de uma perspetiva que radicam numa realidade cultural e mesmo cronológica tão diferente da ocidental, suporta o ónus do misticismo e do esoterismo. Mas em boa verdade, grande parte do problema parece residir na dificuldade de traduzir termos linguística e culturalmente complexos, perdendo no processo a riqueza e a subtilidade de significados originais. Importará talvez por isso estabelecer alguns conceitos da MTC, ainda que de

forma simplificada, numa tentativa de clarificar discurso e auxiliar numa abordagem que se pretende despida de misticismos, esoterismos, hermetismos.

Na MTC, o homem é entendido como parte do Universo, e espelhando no seu funcionamento os mecanismos de funcionamento desse mesmo Universo. Os processos cíclicos são valorizados – a sua omnipresença está patente desde a sucessão dia-noite, às marés, às fases lunares, à passagem das estações. Este carácter cíclico da Natureza tem reflexos no homem: também o homem está sujeito a esta dimensão cíclica, seja no seu ciclo de vida como um todo, seja no seu ritmo circadiano, seja na dinâmica fisiológico-patológico. As expressões multifacetadas, complexas, desse processo recebem na MTC os nomes simbólicos de Madeira, Fogo, Metal, Água, Terra – as fases, a cada uma das quais corresponde um vector e uma distribuição específica de qi. Deste modo, cada uma delas apresenta sinais específicos relevantes para o diagnóstico. Recebem estas designações pelos atributos que detêm: a fase Madeira caracterizada pelo potencial, a fase Fogo pela concretização, ou transformação desse potencial, a fase Metal como responsável pela distribuição rítmica da energia, a fase Água como a fase da regeneração, e a fase Terra como o ponto de equilíbrio, o eixo, o ponto focal – a regulação.

As fases, além de serem parte de um processo circular, são também termos regulatórios, cibernéticos. O termo grego **κυβερνήτης** (kyvernítis), aludindo à ideia do timoneiro que através de correções no rumo mantém o navio na rota desejada, é bem a expressão do resultado que se pretende – o equilíbrio conseguido através da correção dos desvios do eixo, com vista ao valor-alvo. Aliás, este termo dará origem mais tarde ao vocábulo latino **gubernator** (piloto), de onde derivam tantos vocábulos que em diversas línguas expressam a ideia de governo: governador, governor, gouverneur, governatore.

O modelo de Heidelberg dá expressão gráfica a este modelo de autorregulação de um sistema – autorregulação como um processo técnico, representado no modelo da bacia de água.

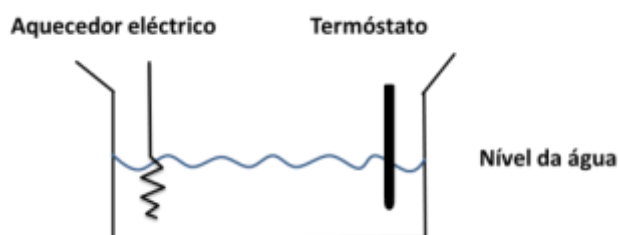


Figura 2 – Regulação como um processo técnico. O modelo da bacia de água

Este modelo descreve a regulação da temperatura de uma dada quantidade de água presente numa bacia. A regulação é conseguida através da relação entre um aquecedor elétrico e um termóstato. O aquecedor confere energia ao sistema, levando ao aumento da temperatura, tendente ao valor-alvo. Uma vez que este se atinja, o termóstato faz desligar o aquecedor. O calor residual, contudo, faz subir a temperatura para além do valor-alvo, após o que esta inicia novamente o seu decréscimo. Ao atingir o ponto-alvo, o termóstato faz reiniciar o processo de aquecimento, mas o período de latência implica que a temperatura baixará para além do ponto-alvo antes que o aquecedor faça sentir o seu efeito. O resultado deste movimento circular, ao longo do tempo, é uma

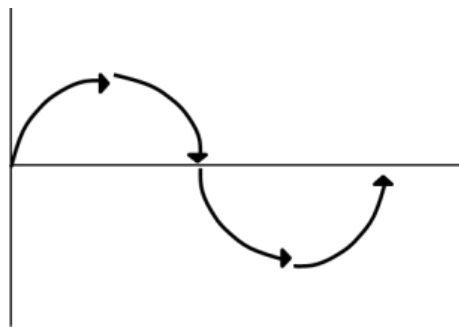


Figura 3 – Curva sinusoidal, expressão da autorregulação no modelo da bacia de água

A regulação traduz-se então em períodos de repleção, acima do valor-alvo pela ação do calor residual, e períodos de depleção, abaixo do valor-alvo pelo efeito da latência. Tais conceitos podem ser definidos na MTC por yang – repleção –, e yin – depleção.

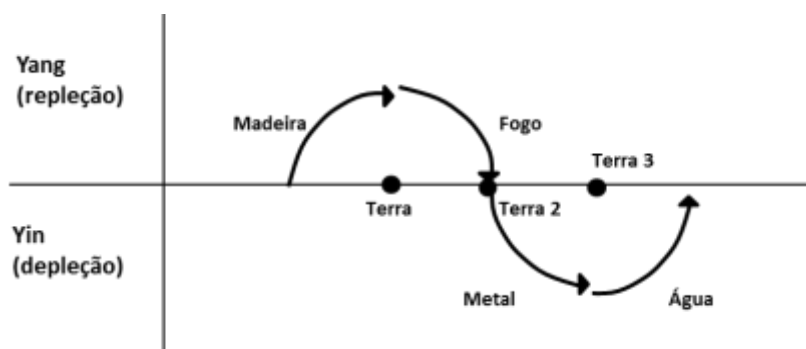


Figura 4 – Repleção e depleção; yang e yin

Repleção é então entendida como o excesso patológico, ou antes bloqueio, que se pode manifestar por tensão, sensação de endurecimento, sinais inflamatórios, dor. Por

sua vez, a depleção poder-se-á manifestar por flacidez, lassidão, sensação de frio ou seca, incapacidade para sustentar – como no caso de herniações, por exemplo. Sempre que existe repleção algures, haverá também uma depleção noutra local e vice-versa.

O valor-alvo, para o qual se tende, recebe o nome de “Terra”. É interessante notar como a expressão gráfica deste movimento, especialmente se os dois pontos em que o valor-alvo faz notar a sua força centrípeta, invertendo a direção da curva, forem assinalados, remete para a tradicional representação simbólica da dinâmica entre yin e yang:

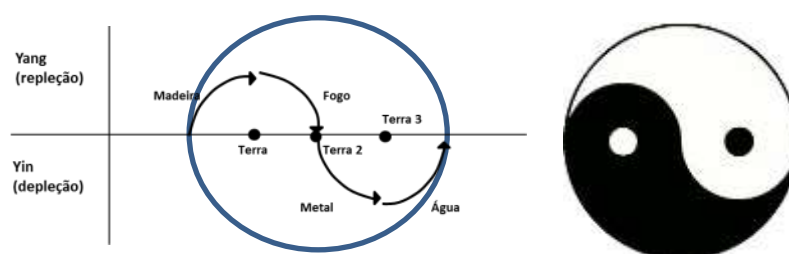


Figura 5 – Curva sinusoidal e representação simbólica de yin e yang

Em suma, voltando desta deriva um pouco paralela, mas que considero útil para a clarificação de conceitos, à definição de fase do modelo de Heidelberg. Pode então caracterizar-se fase com recurso a quatro frases:

1. Parte de um processo circular (cíclico)
2. Termo regulatório.
3. Termo cibernético. No homem, são tendências vegetativas funcionais – “direções” que podem ser fisiológicas ou patológicas.
4. As manifestações destas tendências são grupos de sinais ou sintomas – as orbes.

As orbes são então as manifestações clínicas das fases, ou seja, grupos de sinais e sintomas com relevância diagnóstica, correspondentes a padrões que remetem para um órgão. São denominadas em correspondência a uma determinada ilha corporal – região corporal – sendo que os sinais e sintomas são indicativos do estado funcional dessa mesma região do corpo. A expressão tendencial, predominante, de uma orbe em detrimento das outras, o que tem reflexos mesmo no fenótipo, é chamada de constituição.

A origem principal das emoções na MTC encontra-se precisamente nas orbes. A estimulação pelo neurosistema vegetativo, ou autónomo, afeta e regula a personalidade e o comportamento. O sistema nervoso autónomo tem como principal centro de controlo o hipotálamo. É responsável pela inervação das glândulas, músculo cardíaco e fibras musculares lisas de todo o organismo, e, conseqüentemente de toda a inervação à exceção dos músculos esqueléticos. É o sistema nervoso simpático, cujo principal neurotransmissor é a noradrenalina, que confere vantagem na sobrevivência do animal, ao permitir-lhe preparar-se para a luta ou para a fuga. Já os mecanismos do sistema nervoso parassimpático, cujo principal neurotransmissor é a acetilcolina, podem permitir ao mesmo animal a capacidade de repouso, ou mesmo de hibernação, ou o regresso ao estado prévio à estimulação do sistema nervoso simpático. Pode por isso dizer-se que as respostas mediadas pelos dois sistemas são fisiologicamente opostas. Segundo Greten, falamos de Yin e de Yang conforme a função se encontra acima ou abaixo do valor alvo ou *target value*. Nas fases Yang (Madeira e Fogo) predominam as funções simpáticas, nas fases Yin (Metal e Água) é predominante a atividade parassimpática ou vagal (Greten, H., 2011).

Podemos ainda elencar as diversas fases, relacionando-as com as orbes correspondentes (duas, excepto a fase Fogo, a que correspondem quatro orbes). Assim:

- **Madeira:** orbes Hepática (Fígado) e Feleal (Vesícula Biliar)
- **Fogo:** orbes Cardial (Coração), Tenuintestinal (Intestino Delgado), Tricalórica (Triplo Aquecedor) e Pericardial (Pericárdio)
- **Metal:** orbes Pulmonar (Pulmão) e Crassintestinal (Intestino Grosso)
- **Água:** orbes Renal (Rim) e Vesical (Bexiga)
- **Terra:** orbes Estomacal (Estômago) e Lienal (Baço/Pâncreas)

Dado que as funções das diversas orbes têm também implicações na emocionalidade e comportamentos, afigura-se relevante destacar algumas características de diferentes orbes concernentes a este aspeto. Deste modo, podemos referir, em relação às orbes:

- **Hepática:** sede da coragem, da capacidade de decisão e planeamento. Potencial para projetar. Potencial para o desejo.

- **Feleal:** exerce o controlo sobre a tomada de decisão.
- **Cardial:** exerce influência sobre as restantes orbes. Sede do shen (descrito adiante). Integra e coordena os processos vitais, o metabolismo, a regulação do sono.
- **Pericardial:** sede da alegria e do prazer.
- **Estomacal e Lienal:** ligadas a harmonização, equilíbrio e assimilação, também na esfera emocional, e à realização de trabalho mental.
- **Pulmonar e Crassintestinal:** ligadas a processos de natureza rítmica, e nomeadamente dos processos respiratórios e sua distribuição.
- **Renal e Vesical:** especialmente a primeira, reservatório dos potenciais herdados e sede das funções neurológicas. A segunda tem funções na materialização dos potenciais herdados.

Ao descrever o processo de geração e regulação das emoções de acordo com a MTC e o modelo de Heidelberg, podemos partir da noção de qi preliminar. Qi, segundo Porkert, é uma energia imaterial com uma qualificação (por exemplo, quente, ou de tipo elétrico) e uma direção. Já segundo o modelo de Heidelberg, é “a capacidade vegetativa de um tecido ou órgão para a função, que pode causar sensação de pressão, laceração ou fluxo”. Esta ativação neurovegetativa, comparável em primeira instância aos efeitos clínicos do sistema vegetativo, é, no fundo, a capacidade de exercer trabalho. Uma quantidade excessiva, ou bloqueada, desta ativação neurovegetativa no corpo e nos condutos conduz à repleção, enquanto uma quantidade insuficiente conduz à depleção.

De uma forma simplificada pode dizer-se que a transformação e a direção correta do movimento do Qi são a base para o movimento do Xue (Sangue, numa tradução extremamente simplista, mas que o modelo de Heidelberg faz ligar tanto à substância que flui, como aos efeitos de microcirculação que produz. Neste modelo, é uma capacidade funcional ligada aos fluidos orgânicos, com funções que incluem aquecimento, humidificação, criação de qi e nutrição dos tecidos), para a transformação da essência (Jing), o movimento dos fluidos, digestão alimentar, absorção dos nutrientes,

excreção, humedecimento dos tendões e ossos, hidratação da pele e resistência aos fatores patogênicos externos (Seca, S., 2010).

Assim, um bloqueio funcional a nível vegetativo desta ativação neurovegetativa, ou qi, pode ser o mecanismo de base do aparecimento de patologia na MTC.

Podemos ainda falar de diversos tipos de qi:

- qi *originale*, com origem no yin (orbe renal), dependente da essência estruturante ou potencial (jing) e da presença de shen. É o qi original que tem o potencial de originar os vectores das fases

- qi *defensivum*, que origina o qi que reside no exterior dos condutos, dentro dos tecidos, e distribuído pela orbe pulmonar

- qi *nutritivum*, com origem nos alimentos

Voltando à questão do processo de geração e regulação das emoções de acordo com a MTC e o modelo de Heidelberg, o **qi** primordial, proveniente dos progenitores, materializa-se quando em presença do shen. Para Porkert, shen é uma força constelante com origem na orbe cardial, enquanto que o modelo de Heidelberg entende shen como a capacidade funcional para ordenar associatividade e emoções, resultando naquilo que podemos chamar presença mental. O shen pode ser avaliado por sinais como a coerência do discurso, o brilho dos olhos ou a motricidade fina. Numa perspectiva ocidental, seria a capacidade de exercer funções cerebrais superiores, como a memória, a cognição, a linguagem, por exemplo.

Daqui, e socorrendo-nos do conceito da curva sinusoidal, partimos para o conceito de **zhi** – 志. Este é a *physis*, como “a semente que repousa na terra no Inverno.” Está relacionado com os sonhos, com o armazenamento, a inteligência intuitiva, o conhecimento inato, a memória de longo prazo.

A partir do zhi, podemos referir-nos a **hun** – 魂. Este é o referente à iniciação, ao potencial, à animação da mente. Progredindo no ciclo, temos **shen** – 神 – direção para um objetivo consciente, consciência. E finalmente, **po** – 魄 – a aptidão para a auto-percepção, a capacidade para a consciência do corpo e para construir uma representação dele – um esquema corporal – que permite a propriocepção. Fatores

emocionais presentes em muitas patologias podem resultar numa incapacidade para aceder a essa percepção do corpo, em parte - psicoalexia parcial – ou no todo – psicoalexia – e mesmo numa incapacidade de identificar ou descrever as emoções em si próprio – alexitimia. Na MTC, a respiração limpa, clarifica o *po*.

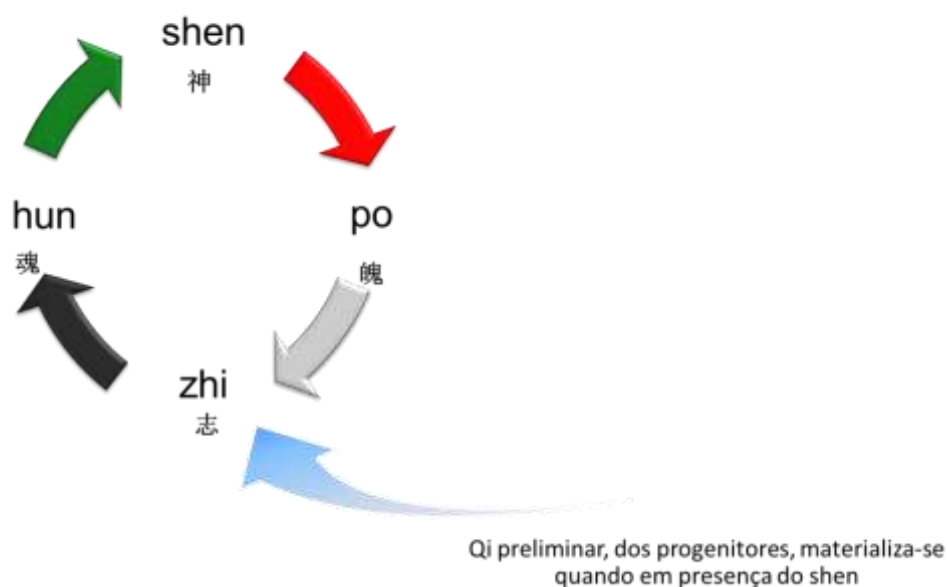


Figura 6 – Geração e regulação das emoções de acordo com a MTC e o modelo de Heidelberg

Na perspetiva da MTC, as emoções derivam do corpo e dos padrões funcionais deste. Se tudo estiver bem, tendemos para um sentimento interior de equilíbrio, para o eixo. Uma força centrífuga, um desequilíbrio, um desvio deste eixo, faz também desviar a nossa perspetiva do circundante e provoca uma “e-moção”, um movimento para fora do eixo. Passamos então a ter uma perspetiva da realidade a partir do ponto de vista de *ira*, *de voluptas*, *de mæror* ou de *timor*, de acordo com o modelo de Heidelberg de ontologia em quatro camadas. Este é um modelo que explica o pensamento e o comportamento com base na neurofisiologia. Enquanto o que descrevemos anteriormente está ligado à inteligência emocional (somática), e portanto ao sistema vegetativo, a inteligência relacional está correlacionada com os sistema límbico e paralímbico, e a inteligência racional, cognitiva, ao córtex pré-frontal – giros frontais. Esta inter-relação entre a inteligência emocional, somática, e a relacional, biológica, joga um papel fundamental na definição do comportamento humano, ainda que tantas vezes a inteligência racional-cognitiva se esforce mais tarde por conseguir interpretações, razões para os padrões de comportamento.

Uma outra categoria de inteligência – a intuitiva – atua como fulcro, como ponto de articulação, monitorizando os outros três tipos de inteligência. Permite a consciência

de si próprio, o auto-conhecimento. Comporta-se como mediador entre os vários tipos de inteligência e mantém o indivíduo em contacto com a sua voz interior, o seu sentido de justiça interna, de plano, de missão – *dao* – um tipo de pensamento livre, positivo, facilmente contemplativo, intuitivo, criativo.

3.1 – Depressão na MTC

Essencialmente, podemos falar de dois mecanismos subjacentes à depressão, segundo o modelo de Heidelberg, os quais passaremos a descrever:

Voluptas, a emoção que deriva da fase fogo, é um agente para a depressão depletiva da orbe cardial. Se uma quantidade adequada de *voluptas* permite alegria, jovialidade, bom humor, um excesso redundando tipicamente em comportamentos de tipo histriónico. Uma desadequação na capacidade de sentir o eu interior adequadamente – uma deficiente auto-percepção – leva a substituir a segurança original que advém da consciência desse *dao*, de se estar centrado, de se ter uma missão clara, de um sentido de unidade interna, por uma emocionalidade artificial, hiperbólica, que em última análise danificará a orbe cardial. Esta emocionalidade intensa, com alta expressividade, prontidão para a excitação, e insuficiente relação com os níveis mais profundos, subconscientes, estruturais, e a que portanto podemos designar por *yin*, porventura conduzindo a labilidade emocional, pode resultar na potenciação da incapacidade para a auto-percepção, ou mesmo na criação de uma percepção de si próprio alterada, artificial.

A produção de *shen*, responsável pela coerência emocional, pelo equilíbrio emocional, é estimulada em excesso, levando à depleção da orbe cardial, à exaustão causada pelo uso sem moderação do aparelho emocional. Pode falar-se em depressão por depleção da orbe cardial.

Sintomas ainda da fase Fogo, mas relacionadas com falta de motivação podem ser correlacionadas com depleção da orbe pericardial.

Se a orbe cardial deixa de ser nutrida pela existência de bloqueio a nível da orbe hepática, com bloqueio de *ira* ou depleção da orbe hepática – não transição da orbe hepática para a cardial – surgem sintomas associados, que vão desde dificuldades de associação que podem derivar em estados confusionais, a um sentimento de vazio interior, a uma “sobriedade emocional”, um sentimento de incapacidade para sentir, ou a exaustão *per se*.

Podemos falar de um desequilíbrio Madeira/Metal como fator precipitador. *Ira*, fase Madeira, e *mæror*, fase Metal, funcionam como contra-vectores: o excesso de um resulta na insuficiência do outro. Um desequilíbrio Madeira/Metal, em que há insuficiência ou inexistência de *ira*, ou em que se verificam mecanismos constantes de supressão da mesma – que é necessária para gerar iniciativa, capacidade de tomada de decisões – leva frequentemente a quadros de depressão em que períodos típicos de depressão são seguidos por períodos em que a manifestação mais patente é a raiva, ou a agressividade.

Por outro lado, uma insuficiente distinção entre o próprio e os que o circundam pode redundar em *mæror* exacerbado, sentimento ligado à fase Metal. Uma quantidade adequada possibilita a ligação ao outro, a receptividade, a capacidade de escuta, até a capacidade de cedência, de sacrifício em prol de um bem maior ou de estabilidade. Uma vez que haja excesso, deixa de ser eficaz a definição de limites, de fronteiras entre eu e o outro, de auto-defesa. Os outros podem “invadir”, exportar a sua emocionalidade. Tal é frequentemente acompanhado por uma inabilidade para por sua vez exportar, exprimir essas impressões. O desvio patológico do *mæror* pode ser definido como dor interior, comparável à perda, ou ao luto, tristeza profunda mas sem que exista o objeto da perda, sem que tenha havido lugar, necessariamente, à perda de alguém ou de algo.

A respiração pode nestes casos ter um efeito catártico, no que é na MTC traduzido pela expressão já referida de que “a respiração limpa, clarifica o *po*”.

Este quadro é frequentemente caracterizado por uma constelação pulmo-feleal (portanto, eixo Madeira/Metal):

- relativa falta de energia
- débil “eu interior”, com incapacidade para estabelecer ordem nas funções ou tarefas, incapacidade “rítmica”
- débil “derme da psique”, análogo a um escudo protetor das agressões externas. Isto resulta em vulnerabilidade e em situações de sofrimento por humilhação.

Estas três características, essencialmente pulmonares, levam a carência de positividade interior e portanto a *mæror*. Mas estão presentes ainda características de tipo feleal, como sejam:

- ambivalência
- incapacidade de tomada de decisões
- ausência de clareza de pensamento
- medo da depreciação
- padrão de perda de tempo e de oportunidades.

A frustração constante, conduzindo a bloqueio da *ira*, pode ainda causar sintomas feleais como gastrite, *tinnitus*, lombalgia.

Podemos assim falar de cinco subtipos de depressão para a MTC, que abrem a porta a outras tantas possibilidades de abordagem terapêutica. Para melhor os clarificar, podemos socorrer-nos de uma tabela:

Tabela 1 - Depressão na MTC

Madeira a)	Madeira b)	Fogo a)	Fogo b)	Metal
Hepática	Feleal	Depleção cardial	Depleção pericardial	Depleção pulmonar
Bloqueio de <i>ira</i>	Supressão de <i>ira</i>	Exaustão de <i>voluptas</i>	Exaustão de motivação	<i>Mæror</i>
Dúvida Exaustão	Desvalorização; Limites	Exaustão emocional Perda de coerência Labilidade emocional	Perda de motivação Apatia	Excesso de sensibilidade Dor interior Evitamento social Culpa

4 – QIGONG

A MTC é tradicionalmente vista como suportada por cinco pilares, alguns dos quais já facilmente reconhecidos senão assimilados pelas culturas ocidentais, como a acupuntura. Além desta, falamos ainda de tui-na, fitoterapia, dietética e, claro, qigong – além de outras práticas terapêuticas como a moxabustão, altamente relacionada com a prática da acupuntura, da ventosaterapia, entre outras. O qigong utilizado na MTC é no fundo o processo de utilização de exercícios básicos com vista a fins terapêuticos. Semanticamente poder-se-ia mesmo traduzir qigong, ou qi kung (氣功), como o processo de trabalhar com o qi, ou de trabalhar o qi. Foi desenvolvido, em linha com a restante MTC, nos anos 50 do séc. XX a partir de escolas anteriores de qigong, e depois de retirar destas os aspetos místicos que nelas eram frequentes.

Segundo a lenda, Bodhidharma, o fundador do budismo *chan* (*zen* no Japão), teria criado o lohan qigong, ou qigong médico. Este é um conjunto exercícios delicados, ao mesmo tempo relaxantes e energizantes, em que as sequências de movimentos estão delineadas para potenciar o fluxo de qi nos condutos.

Greten (2011) define qigong como uma forma de terapia tradicional de *feedback* vegetativo, integrando exercícios posturais, respiratórios, movimento e respiração. Segundo Matos (2015), a concentração nos movimentos respiratórios, no movimento, nas posturas, consegue um estado de “atenção guiada”, com os objetivos de atingir autorregulação, obter e/ou otimizar ortopatia – aptidão de um indivíduo de manter integridade e funcionalidade – através da capacidade de passagem adequada de fases, e atingir e estabilizar um estado de regulação vegetativa.

De facto, ainda segundo Matos (2015), o modelo de Heidelberg associa fortemente os efeitos do xue, tal como descritos nos escritos clássicos, aos efeitos clínicos da microcirculação como descritos na medicina ocidental. Isto permite conferir novo significado à afirmação clássica da MTC que a mente guia o qi que por sua vez guia o xue: o qi (capacidade funcional vegetativa) conduz a microcirculação. Ou seja, a imaginação e a consciência podem cativar capacidades vegetativas, o que por sua vez se traduz em mudanças na microcirculação. Tal fica demonstrado no mesmo estudo, em que o recurso à termografia permite confirmar aumento na temperatura superficial da pele após a prática de qigong.

Podemos salientar que a propriocepção vegetativa joga um papel fundamental. É usado na prevenção ativa de processos vegetativos disfuncionais. Não desdenhável é o

facto de o qigong ser seguro, não implicar gastos de monta, ser facilmente aprendido por grande parte dos indivíduos e poder ser utilizado como coadjuvante de outros recursos terapêuticos. Por produzir um estado de bem estar emocional e físico, tem importância na estabilização da emocionalidade. Dá-se ainda uma progressiva recuperação de situações de conotação emocional negativa, como as que estão associadas a situações de conflito.

O relaxamento obtido tem reflexos por exemplo no contrariar de repleções ou bloqueios tantas vezes relacionados com desequilíbrios da fase Madeira – e concretamente da orbe hepática. Uma orbe hepática em funcionamento adequado assegura que o potencial latente da orbe renal seja projetado para o exterior, seja mobilizado e manifestado em tomada de decisões, iniciativa, imaginação criativa.

Já a fase Fogo está em associação à capacidade da orbe cardial para a concentração, mas também para a expressão física, emocional, espiritual.

A preponderância da respiração é relevante para um fluxo rítmico de qi e xue, ligado à fase Metal. De facto, a orbe pulmonar transmite o qi ritmicamente, e confere ao indivíduo estabilidade e robustez.

A orbe renal, da fase Água, acede ao enorme potencial de armazenamento das habilidades, talentos, aptidões naturais, e confere capacidade de entendimento do contexto, sabedoria.

A fase Terra, portanto referente às orbes lienal e estomacal, atua como repositório de energia interna, sendo que o qi é por essa via absorvido e assimilado.

O objetivo do qigong não é sempre o de atingir o relaxamento, mas antes o relaxamento “numa forma”, ou seja, utilizando a atividade do corpo para promoção da saúde, prevenção e tratamento de patologias. A atividade do corpo, a função, o movimento podem assim ser entendidas como **qi** – em ligação estreita com a eficácia dos exercícios respiratórios. Ao contrário da visão ocidental, quiçá idealizada, das disciplinas como o qigong, não se pretende atingir um estado em que “não se pense em nada”, um vazio transcendente. Ao invés, há que procurar o foco em algo, como uma imagem, um som, o próprio movimento respiratório. Este foco, auto-percepção, consciência, pode ser também ele entendido como **shen** – associado à concentração. **Jing**, por sua vez, é a base do qi, é o potencial estrutural prévio ao qi – em relação com os exercícios motores. Shen, qi e jing são considerados na MTC os três tesouros do qigong.

De importância nuclear no qigong temos a respiração. Esta é o fundamento, o alicerce sobre o qual assenta o fluxo correto do qi, num equilíbrio entre stress e

relaxamento. A respiração procurada é a de tipo abdominal, a que se desenvolve à maneira de uma onda, a partir do abdómen até ao tórax na inspiração, do tórax para o abdómen na expiração, como descrito na figura.

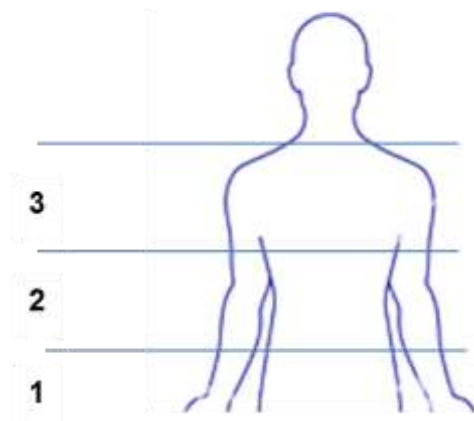


Figura 7 – Decurso da respiração de tipo abdominal

A respiração de tipo abdominal não significa que apenas a zona abdominal é envolvida nos movimentos respiratórios. O movimento inspiratório que se inicia na zona 1 e termina na zona 3, põe também em funcionamento as estruturas da zona torácica, mas reduz a pressão intratorácica, ao mesmo tempo que aumenta o volume de ar inspirado e a eficácia respiratória. Com base na figura, podemos dizer que o padrão respiratório segue então uma sequência de tipo 1-2-3 na inspiração e 3-2-1 na expiração. O papel da expiração é na MTC primaz em relação ao da inspiração, por permitir o fluxo do qi, sendo que no momento da inspiração se dá uma tendência para a repleção.

A eficácia do qigong sem recurso a uma técnica respiratória correta, sem treino adequado, sem supervisão apropriada é comprometida. Contudo, corretamente executado, a orbe pulmonar gera uma ação de bombeio rítmico de qi, enquanto a regulação de qi atua sobre o xue, intervindo discretamente na função dos órgãos.

4.1 – Qigong e depressão

Tsang e Fung (2008), no seu artigo “A review on neurobiological and psychological mechanisms underlying the anti-depressive effect of qigong exercise”, propõem uma “hipótese neuroendócrina” para o mecanismo de atuação do qigong na depressão. Segundo os autores, a atenção focada – mindfulness – associada a este tipo

de exercícios leva a uma redução dos sinais stressores enviados para o sistema límbico, e concretamente para o hipocampo e a amígdala. Como consequência, dá-se uma diminuição da secreção de CRF pelo hipotálamo e da secreção de hormona adrenocorticotrófica pela hipófise. O resultado é uma regulação descendente da hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal, o que reforça a regulação da secreção de glucocorticóides pelo córtex suprarrenal.

Os potenciais efeitos benéficos do qigong, radicam, segundo a MTC, na promoção do correto fluxo de qi, na regulação emocional de situações de repleção e depleção (yin e yang), na otimização da autoconsciência e dos processos cognitivos – shen – e, no fundo, na obtenção da ortopatia.

Uma linguagem ocidental referir-se-á aos mesmos processos socorrendo-se dos termos propriocepção vegetativa – que joga um papel fundamental – condicionamento vegetativo com os objetivos de prevenir processos vegetativos disfuncionais e da indução de funções vegetativas positivas.

De entre os diversos efeitos benéficos para a saúde relatados na literatura associados à prática do qigong podemos destacar os referidos por Fouladbakhsh (2010), a saber, redução da dor, insónia e depressão. Por seu lado, Craske (2009) e Jahnke (2010) referem melhorias em relação à perceção da qualidade do sono, fadiga crónica e vitalidade. Wolf (2006) aponta aumento da velocidade da marcha e Johansson (2008) e Lee (2003) expõem efeitos na redução da ansiedade em 12% e 26%, prospectivamente, com sessões de 30 minutos no primeiro estudo e de 60 minutos no segundo. Por último, Lee (2004) demonstra a relação da prática de qigong com redução de inflamação e com o aumento da resposta imunitária.

5 – METODOLOGIA

Como objetivo de fundo desta revisão sistemática de literatura temos então rever a literatura existente em relação aos efeitos do qigong na depressão. A aspiração de determinar o possível impacto do uso do qigong na depressão levou a questionar o que tem a literatura científica a dizer acerca da eficácia desta terapia. A revisão sistemática da literatura – RSL – permite sintetizar resultados de pesquisa, de evidências sobre estratégias de intervenção específicas, podendo servir como guia para a prática ou então fundamentar a prática desenvolvida (Sampaio e Mancini, 2007). Poder articular pesquisa e desempenho profissional fundamentado, apontar linhas de atuação e novas hipóteses para investigação futura são objetivos que nortearam também o desenvolvimento do presente trabalho.

No seu *Users' Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-based clinical practice*, Gordon Guyatt e Drummond Rennie propõem vários níveis de evidência para os estudos a considerar, ao todo sete, a saber:

- Nível I: Revisão sistemática ou meta-análise de estudos experimentais relevantes, ou guidelines da prática clínica baseada em revisões sistemáticas;
- Nível II: Estudo experimental;
- Nível III: Estudo experimental não randomizado;
- Nível IV: Estudo de observação – ou de caso-controlo ou ainda coorte;
- Nível V: Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- Nível VI: Estudo descritivo e qualitativo;
- Nível VII: Opiniões de autoridades e relatórios de comités de peritos.

Tal releva a importância de estudos de revisão sistemática de literatura como provedores de forte evidência científica.

De modo a estabelecer um processo metodológico eficaz e eficiente, procurámos definir:

- pergunta
- estratégia de busca
- critérios de inclusão e exclusão de artigos (friso cronológico, intervenção, população, idioma)

- análise da qualidade da literatura
- apresentação dos resultados da literatura

A pergunta foi formulada com base no processo de questão PICO (**P**atient **I**ntervention or exposure, **C**ontrol and **O**utcome, ou População, Intervenção, Controlo, Resultado). Foi definida como:

“Que eficácia tem o qigong na depressão?”

Quanto à estratégia de busca, foram definidos descritores, a saber “Qigong” e “depression”, posteriormente validados em MeSH BROWSER. A pesquisa foi realizada em língua inglesa, numa única data – 11 de Agosto de 2015.

A definição de critérios de inclusão e exclusão foi feita atendendo aos seguintes fatores:

Critérios de inclusão

- estudos em texto integral
- estudos em língua inglesa
- estudos referentes à população – pessoas com depressão
- estudos com referência à intervenção – qigong
- estudos dentro do friso cronológico definido – 5 anos, a partir de 11 de Agosto de 2010.

Critérios de exclusão

- estudos constantes apenas de *abstract*
- estudos noutra língua que não a inglesa
- estudos não referentes à população

- estudos não referentes à intervenção
- estudos publicados fora do friso cronológico – anteriores a 11 de Agosto de 2010

A pesquisa abrangeu as seguintes bases de dados:

- PubMed
- CINAHL
- MEDLINE
- DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects)
- COCHRANE Central Register of Controlled Trials
- COCHRANE Database of Systematic Reviews
- COCHRANE Methodology Register
- Medic Latina
- Health Technology Assessments
- Library Information Science and Technology Abstracts

Pareceu-nos pertinente poder perceber o peso relativo das publicações referentes a este tema, por um lado numa perspectiva de afunilamento, partindo do mais geral publicado sobre a depressão, e chegando à depressão e qigong, por outro lado percebendo que monta representam os estudos concernentes ao qigong relativamente às outras grandes áreas da MTC.

Uma pesquisa dos termos “medicine” e “depression” devolveu 25 279 resultados. Restringindo o espectro da pesquisa e utilizando os descritores “complementary medicine” e “depression” resulta em 906 publicações. “TCM” e “depression” reverte para 398 resultados, enquanto finalmente “qigong” e “depression” nos conduz para 94 publicações.

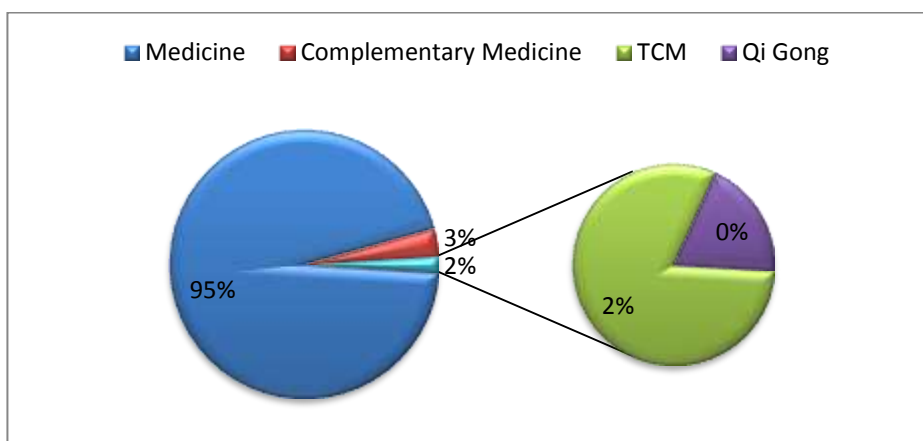


Gráfico 1 – Percentagem das publicações referentes a depressão (cruzamento com os termos "medicine", "Complementary medicine", "TCM" e "qigong")

Já quanto ao peso relativo das publicações referentes a qigong no âmbito mais restrito da MTC podemos observar um grande número de publicações referentes a acupuntura. Associando o primeiro termo “depression” com um segundo termo “acupuncture” devolve 2 627 resultados, enquanto usando um segundo termo “phytotherapy” remete para 602 resultados e “chinese herbal medicine” para 310. Nenhum resultado foi obtido referente a *tui na* ou a dietética, ou a variantes destes.

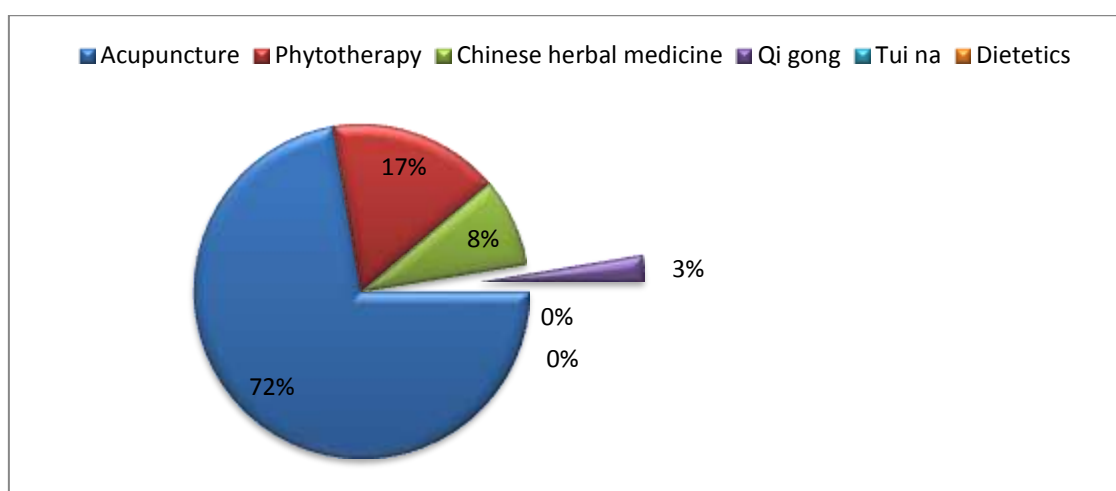


Gráfico 2 – Percentagem das publicações referentes a depressão e qigong no âmbito da MTC

Dos 94 resultados obtidos com os descritores qigong e depression, um refinamento da pesquisa, com exclusão dos artigos repetidos, que não em texto integral, e que não em língua inglesa resultou em onze artigos passíveis de inclusão na revisão sistemática. Os mesmos foram classificados segundo título, autores, ano de publicação,

objetivos do estudo, tipo de estudo, nível de evidência, intervenções e resultados. Estes onze artigos foram ainda submetidos a uma leitura integral. No intuito de melhor sistematizar os achados resultantes desta, foram preenchidas tabelas de leitura para cada um dos estudos em causa, o que passamos a apresentar.

Estudo 1

Título	Psycho-physical and neurophysiological effects of qigong on depressed elders
Autores	Tsang , Hector W.H.; Tsang , William W.N.; Jones , Alice Y.M.; Fung , Kelvin M.T.; Chan , Alan H.L.; Chan , Edward P.; Au , Doreen W.H.
Ano	2012
Objetivos	Examinar os efeitos psicológicos, físicos e neurofisiológicos do qigong em idosos com doença crónica com depressão
Tipo de estudo	Estudo experimental randomizado
Nível de evidência	Nível II
Participantes	Grupo experimental – $n = 21$ Grupo controlo – $n = 17$
Intervenções	Grupo experimental – programa de qigong com duração de 12 semanas, em 3 sessões de 45' por semana, num total de 36 sessões Grupo controlo – programa de leitura de jornais com igual duração e frequência Medição de sintomas da depressão, desempenho psicossocial, força muscular, cortisol salivar e serotonina sérica
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Redução significativa dos sintomas de depressão - Melhorias na autoeficácia - Melhorias no auto-conceito do bem-estar físico - Melhorias na força de preensão da mão direita - Diferença marginal entre os dois grupos quanto ao nível de cortisol salivar. Contudo, observada tendência de descida dos níveis de cortisol.

O estudo supra parece fornecer evidência preliminar para a hipótese de que os efeitos antidepressivos do qigong possam dever-se ao aumento do desempenho psicossocial e possivelmente também ao efeito de regulação descendente da hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal. O qigong trouxe melhorias em relação aos sintomas de depressão, e também em relação à autoeficácia, avaliada pela Escala Geral de Autoeficácia Chinesa (Chinese General Self-efficacy scale, ou CGSS), e em relação ao auto-conceito de bem-estar físico. Pese embora os resultados positivos obtidos em relação aos sintomas da depressão, os indicadores físicos, incluindo valores de serotonina e cortisol, não tiveram alterações estatisticamente significativas, pelo que os autores sugerem novos estudos com metodologias adaptadas de modo a aferir se tais resultados são possíveis.

Estudo 2

Título	Outcome evaluation of the Veterans Affairs Salt Lake City Integrative Health Clinic for chronic pain and stress-related depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder
Autores	Smeeding , Sandra J.W.; Bradshaw , David H.; Kumpfer , Karol; Trevithick , Susan; Stoddard , Gregory J.
Ano	2010
Objetivos	Determinar a eficácia da IHCP (Integrative Health Clinic and Program). Investigar benefícios para os pacientes.
Tipo de estudo	Estudo de coorte
Nível de evidência	IV
Participantes	n=165
Intervenções	Pacientes com dor crónica não-maligna e <i>stress</i> acompanhados na VASLCIHC e integrados em qualquer um de dez tipos de terapias não-farmacológicas, incluindo qigong, uma sessão semanal.
Resultados	Melhorias nos <i>scores</i> de depressão e ansiedade. Melhorias mais significativas, aos seis meses, nos sub-grupos com alta ansiedade, alta depressão e stress pós-traumático

Este estudo parece fornecer evidência de eficácia do qigong na depressão, e também na ansiedade e qualidade de vida. No caso da depressão, tais melhorias mantiveram-se nos *follow-ups* aos seis e doze meses. Contudo, o desenho metodológico do estudo, a inexistência de grupos de controlo, a população, que inclui indivíduos com sintomas de depressão mas também de outras patologias, a alocação dos indivíduos aos grupos de intervenção terapêutica, o abandono dessas intervenções, e inclusive os objetivos do estudo – dado que não pretendia estabelecer a eficácia de um dado tipo de intervenção terapêutica, mas de um conjunto de dez intervenções não farmacológicas que incluíam qigong – constituem limitações importantes do mesmo.

Estudo 3

Título	Effects of qigong exercise on fatigue, anxiety, and depressive symptoms of patients with chronic fatigue syndrome-like illness: a randomized controlled trial
Autores	Chan , Jessie S. M.; Ho , Rainbow T. H.; Wang , Chong-wen; Yuen , Lai Ping; Sham , Jonathan S. T.; Chan , Cecilia L. W.
Ano	2013
Objetivos	Investigar os efeitos de qigong na fadiga, ansiedade e sintomas de depressão em pacientes com síndrome de fadiga crónica
Tipo de estudo	Estudo experimental randomizado
Nível de evidência	II
Participantes	Grupo experimental – $n = 72$ (n inicial 77, abandono de 5) Grupo controlo – $n = 65$ (n inicial 77, abandono de 12)
Intervenções	Grupo experimental – duas sessões semanais de qigong em grupo com duração de duas horas (45' teóricos, 15' meditação e alongamentos, 1h de qigong supervisionado por mestre) durante 5 semanas. Sessão diária de 30' em casa durante 12 semanas subsequentes, não supervisionado, individual. Grupo controlo – submetidos a lista de espera durante o período de intervenção. Impedidos de frequentar grupos de qigong. Após a intervenção, receberam formação em qigong.
Resultados	Melhorias nos sintomas de depressão (e também de ansiedade e fadiga crónica)

As melhorias conseguidas apontam para efeitos da prática do qigong nos sintomas de depressão. Contudo, algumas limitações existem também no que concerne a este estudo. A população de base consiste em pessoas com síndrome de fadiga crónica, e sintomas de depressão associados a esta, não em pacientes com patologia depressiva de base. Além disso, dado que o recrutamento foi efetuado na comunidade, tanto para o grupo de intervenção como para o de controlo, não é possível assegurar a inexistência de contactos entre um e outro. Por outro lado não estão descritos métodos que demonstrem a adesão dos participantes à prática individual não supervisionada no período de 12 semanas subsequente à supervisão.

Estudo 4

Título	Effects of qigong on depression: a systemic review
Autores	Oh, Byeongsang; Choi, Sun Mi; Inamori, Aya; Rosenthal, David; Yeung, Albert
Ano	2013
Objetivos	Avaliar os efeitos do qigong na depressão
Tipo de estudo	Revisão sistemática de estudos experimentais
Nível de evidência	I
Participantes	10 estudos experimentais randomizados, de entre os quais: - 2 estudos investigando efeitos do qigong na depressão como resultado primário - 8 estudos investigando efeitos do qigong na depressão como resultado secundário
Intervenções	Pesquisa de literatura anterior a Outubro de 2011
Resultados	Dos dois estudos que investigavam o efeito do qigong na depressão, um primeiro estudo indica uma eficácia semelhante a um programa de reabilitação convencional. Um segundo estudo, com uma amostra maior, revelou diferença significativa entre a intervenção (qigong) e o grupo de controlo.

	Os restantes oito estudos avaliam resultados na depressão de pacientes recrutados para esses estudos com base em outras condições médicas. Desses, três estudos reportam diferenças significativas entre os grupos de intervenção e os grupos de controlo; dois estudos apontam para o qigong como sendo tão eficaz como o exercício físico; três não apontam diferenças significativas entre os grupos de intervenção e os grupos de controlo.
--	---

Segundo os autores, a eficácia do qigong na depressão é inconclusiva, pese embora terem identificado potenciais efeitos. De notar que apenas seis dos estudos recorreram a qigong placebo (sham) como instrumento de controlo, e nenhum dos estudos era duplo cego. Mais ainda, existe grande variabilidade tanto na duração, intensidade e método da utilização do qigong como nos instrumentos utilizados para avaliação da depressão. Demonstrada a aplicabilidade e segurança do qigong na depressão, os autores sugerem novos estudos com desenho metodológico mais robusto.

Estudo 5

Título	A systematic review and meta-analysis of qigong for the fibromyalgia syndrome
Autores	Lauche , Romy; Cramer , Holger; Häuser , Winfried; Dobos , Gustav; Langhorst , Jost
Ano	2013
Objetivos	Eficácia do qigong na fibromialgia
Tipo de estudo	Meta-análise de estudos experimentais
Nível de evidência	I
Participantes	Sete estudos experimentais randomizados
Intervenções	Pesquisa de literatura anterior a 31 de Dezembro de 2012
Resultados	Sem resultados significativos quanto a efeitos na depressão

Os resultados para a depressão são apenas secundários ao objetivo fulcral do estudo, que é o de estabelecer a eficácia do qigong para fibromialgia, sendo que os parâmetros primários a serem avaliados foram a dor e a qualidade de vida. Assim sendo, a depressão foi avaliada em apenas cinco dos sete estudos. Outra limitação é a de que em alguns dos estudos em causa o qigong consistia apenas em parte de um programa mais amplo de intervenção, o que dificulta a avaliação do efeito isolado do qigong. Ainda assim, os autores apontam para que o qigong possa ser eficaz a curto prazo, e para que os seus efeitos possam ser comparáveis aos do exercício aeróbico.

Estudo 6

Título	Introducing qigong meditation into residential addiction treatment: a pilot study where gender makes a difference
Autores	Chen , Kevin W.; Comerford , Anthony; Shinnick , Phillip; Ziedoni , Douglas M.
Ano	2010
Objetivos	Explorar a factibilidade e eficácia de qigong em tratamento de toxicoddependência em regime residencial
Tipo de estudo	Estudo de coorte
Nível de evidência	IV
Participantes	350, dos quais 248 se mantiveram no estudo e completaram questionários com pelo menos duas semanas de dados utilizáveis
Intervenções	Os participantes, residentes numa unidade residencial de tratamento de adições em New Jersey, foram convidados, numa primeira fase, a receber treino e prática de qigong, em regime de voluntariado, diariamente. Numa segunda fase, os participantes escolhiam a participação num grupo de qigong ou de SMART (Stress Management and Relaxation Technique), duas vezes por dia, 5 ou mais dias por semana.
Resultados	Melhorias em todos os parâmetros avaliados: <ul style="list-style-type: none"> - Negative Mood Index - VAS craving score - Withdrawal index

	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade (escala STAI) - Depressão (escala CES)
--	---

O desenho metodológico, as características da população em estudo, com estadias curtas em regime residencial que variam entre os 14 e os 28 dias, a não-randomização, a possibilidade de mudança de grupo entre o qigong e o grupo SMART colocam limitações a este estudo, embora pareça haver indícios de resultados mais satisfatórios no grupo de qigong. Mais uma vez, este estudo favorece outros aspetos, porventura mais distintivos da população em causa, e avalia a depressão apenas como resultado secundário, o que limita também a relevância do estudo.

Estudo 7

Título	Developing and Testing the Effectiveness of a Novel Health Qigong for Frail Elders in Hong Kong: A Preliminary Study
Autores	Tsang , Hector W. H.; Lee , Janet L. C.; Au , Doreen W. H.; Wong , Karen K. W.; Lai , K. W.
Ano	2013
Objetivos	Estabelecer a eficácia de um novo protocolo de qigong capaz de ser executado por idosos fragilizados
Tipo de estudo	Estudo experimental randomizado
Nível de evidência	II
Participantes	Grupo experimental – $n = 61$ Grupo controlo – $n = 55$
Intervenções	Desenvolvimento de protocolo de qigong adaptado a idosos fragilizados – o chamado Yan Chai Yi Jin Ten-Section Brocades Grupo experimental – programa de qigong com duração de 12 semanas, em 2 sessões de 60' por semana, num total de 24 sessões Grupo controlo – programa de leitura de jornais com igual duração e frequência Medição de sintomas da depressão (GDS – Geriatric Depression Scale). Também aplicação da PBQ – Perceived Benefit Questionnaire -, da LOTCA-G – Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment-

	Geriatric –, da força de preensão em ambas as mãos, da frequência cardíaca, da tensão arterial, e ainda espirometrias para avaliação da capacidade pulmonar.
Resultados	Melhorias em todos os parâmetros avaliados.

O estudo refere-se essencialmente ao estabelecimento de um protocolo de qigong mais adaptado a ser praticado por idosos fragilizados. Dado que 86% dos participantes não apresentavam sintomas clínicos de depressão no início do estudo, não foi possível aferir impacto significativo do qigong na depressão. Ainda assim, uma tendência descendente nos sintomas de depressão foi observada nos participantes do grupo experimental, ao contrário do grupo de controlo, em que a tendência observada foi de agravamento, o que parece relevar os possíveis efeitos antidepressivos do qigong.

Estudo 8

Título	The benefits of medical qigong in patients with cancer: a descriptive pilot study
Autores	Overcash , Janine; Will , Kathryn M.; Lipetz , Debra Weisenburger
Ano	2013
Objetivos	Determinar efeitos do qigong em pacientes com cancro
Tipo de estudo	Estudo descritivo
Nível de evidência	VI
Participantes	38 doentes com cancro ou sobreviventes de cancro
Intervenções	38 indivíduos com mais de 18 anos e com frequência de grupos de qigong em três instituições (Ohio State University Comprehensive Cancer Center, Arthur G. James Cancer Hospital e Richard J. Solove Research Institute) foram convidados a participar no estudo. Aplicadas escalas para avaliação de - fadiga (BFI) - depressão (CES-D) - qualidade do sono (PSQI) Antes da primeira e da última sessão de qigong, um pacote contendo as três escalas foi entregue a cada participante.

	Sessões semanais de 90' de qigong durante cinco semanas Os participantes foram encorajados a praticar qigong fora das sessões tanto quanto possível.
Resultados	38 participantes completaram o teste prévio à primeira sessão 22 participantes completaram o teste prévio à última sessão Os resultados foram positivos para os três parâmetros avaliados. Contudo, apenas os resultados concernentes à depressão tiveram expressão significativa, enquanto os resultados referentes ao sono foram os menos significativos.

Pese embora os resultados que apontam efeitos na redução da depressão associados à prática do qigong, e nomeadamente em intervenções de curta duração, não podemos deixar de referir algumas limitações deste estudo. O desenho metodológico, com inexistência de grupos de controlo, inexistência de randomização e reduzida amostra são algumas destas. O facto de um número significativo de participantes ter abandonado o estudo antes de completar as cinco sessões previstas e de ter preenchido portanto as escalas na última sessão é também uma limitação a nosso ver importante.

Estudo 9

Título	The Effect of Qigong on Depressive and Anxiety Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials
Autores	Wang , Chong-Wen; Chan , Cecilia Lai Wan; Ho , Rainbow T. H.; Tsang , Hector W. H.; Chan , Celia Hoi Yan; Ng , Siu-Man
Ano	2013
Objetivos	Avaliar a eficácia do qigong nos sintomas de ansiedade e depressão
Tipo de estudo	Meta-análise de estudos experimentais
Nível de evidência	I
Participantes	Doze estudos experimentais randomizados, incluindo duas teses de mestrado não publicadas
Intervenções	Pesquisa de literatura anterior a 31 de Dezembro de 2012

Resultados	9 estudos reportam efeitos favoráveis do qigong na depressão 3 estudos não reportam efeitos favoráveis do qigong na depressão
-------------------	--

A análise dos estudos demonstra efeitos significativos do qigong quando em relação a grupos de controlo de tipo lista de espera, grupos de leitura de jornais e marcha. Tais efeitos podem ser comparáveis aos da terapia cognitivo-comportamental.

Contudo, os próprios autores referem problemas metodológicos inerentes aos estudos, incluindo vieses de alocação, de seleção, de performance e de atrição. O reduzido número de estudos é ele mesmo uma limitação.

Nenhum dos estudos incluía follow-ups. Foram reportadas grandes diferenças entre duração, intensidade e frequência da prática do qigong, bem como de estilos do mesmo. A prática de qigong em casa foi sugerida nalguns, mas não em todos os estudos. Nenhum deles contudo a parametriza.

O estudo aponta para a ineficácia do qigong no alívio de sintomas depressivos em doentes com doenças como cancro ou Parkinson.

O estudo aponta para que o qigong possa ser potencialmente benéfico para a gestão de sintomas depressivos. Contudo, os autores apelam a que sejam levados a cabo estudos experimentais randomizados com rigoroso desenho metodológico de modo a melhor aferir esses resultados.

Estudo 10

Título	The Effects of Qigong on Anxiety, Depression, and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis
Autores	Wang , Fang; Man , Jenny K. M.; Lee , Eun-Kyoung Othelia; Wu , Taixiang; Benson , Herbert; Fricchione , Gregory L.; Wang , Weidong; Yeung , Albert
Ano	2013
Objetivos	Rever sistematicamente os efeitos do qigong na ansiedade, depressão e bem-estar psicológico
Tipo de estudo	Meta-análise de estudos experimentais
Nível de	I

evidência	
Participantes	Catorze estudos experimentais randomizados, um estudo experimental não randomizado
Intervenções	Pesquisa de literatura anterior a 31 de Dezembro de 2011
Resultados	Os estudos avaliados demonstram possíveis efeitos benéficos do qigong no que respeita a uma variedade de parâmetros, incluindo depressão

O facto de terem sido apenas incluídos estudos que se referiam apenas a qigong, e não à sua associação com outras técnicas, como yoga, meditação ou acupunctura afigura-se como uma força do estudo. Contudo, os resultados primários a avaliar incluíam além da depressão, humor, ansiedade, autoeficácia e qualidade de vida.

A heterogeneidade na técnica de qigong aplicada, cuja duração varia de 70 minutos a 4 meses é ela própria uma limitação do estudo. Seis dos estudos avaliavam os efeitos do qigong em adultos saudáveis, mas apenas um estudou os efeitos do qigong em indivíduos com depressão diagnosticada, enquanto os restantes estudos se debruçavam sobre condições médicas crónicas e avaliavam fatores psicológicos apenas como resultados secundários.

Sete dos estudos reportaram melhorias nos sintomas de depressão e humor. Benefícios significativos nos sintomas de depressão foram observados sobretudo nos estudos que comparavam grupos de intervenção de qigong com grupos de controlo inativos, leitura de jornais, cuidados habituais, suporte psicossocial, alongamentos e educação para a saúde. Em dois dos estudos, os sintomas depressivos melhoraram, mas sem significado estatístico.

Nenhum dos estudos se serviu de grupos de controlo com qigong placebo, que possa oferecer aos participantes expectativas positivas relacionadas com essa intervenção, bem como benefícios relativos a interação social.

Os autores relevam o potencial do qigong no tratamento e prevenção de uma variedade de doenças crónicas, incluindo perturbações psiquiátricas, mas apontam a necessidade de novas revisões sistemáticas desenhadas para aferir os efeitos do qigong em perturbações psiquiátricas específicas – por exemplo apenas na depressão. Dadas as limitações metodológicas dos estudos incluídos, os autores apontam ainda a necessidade de novos estudos experimentais randomizados com desenhos metodológicos mais robustos.

Estudo 11

Título	The treatment of depressed chinese americans using qigong in a health care setting: a pilot study
Autores	Yeung , Albert; Slipp , Lauren E.; Jacquart , Jolene; Fava , Maurizio; Denninger , John W.; Benson , Herbert; Fricchione , Gregory L.
Ano	2013
Objetivos	Examinar a factibilidade e eficácia do qigong em indivíduos com depressão <i>major</i> , americanos, de etnia chinesa, numa unidade de saúde
Tipo de estudo	Estudo piloto
Nível de evidência	III
Participantes	14 utentes recrutados no South Cove Community Health Center Americanos, de etnia chinesa, fluentes em mandarim e/ou cantonês, entre os 18 e os 70 anos, com diagnóstico de depressão <i>major</i> .
Intervenções	Sessões de qigong em grupo. Duração de uma hora, duas vezes por semana, durante 12 semanas. Os participantes receberam um DVD com demonstração dos exercícios e foram encorajados a praticar em casa pelo menos três vezes por semana e a registar a duração e frequência dessa prática. Avaliação na semana 1, 6 e 12 Aplicação das escalas HAM-D, CGI-S, CGI-I, Q-LES-Q-SF, MSPSS-FA, MSPSS-FR, MSPSS-SO Registo de efeitos adversos
Resultados	Melhorias em todas as escalas As melhorias na MSPSS-FR e MSPSS-SO não foram estatisticamente significativas Taxa de resposta positiva ao tratamento – 60% Taxa de remissão – 40% Sem efeitos adversos registados

O estudo parece sustentar o potencial de factibilidade, eficácia e segurança do qigong como intervenção na depressão. Contudo, limitações importantes não podem deixar de ser referidas, entre as quais: o desenho metodológico, o tamanho da amostra, a

inexistência de grupo de controlo, a dificuldade de destrinçar a eficácia do qigong do estabelecimento de interação social ou de expectativas geradas pela própria intervenção.

As características populacionais da amostra, se por um lado possivelmente facilitaram o recrutamento para a intervenção e a adesão à mesma, por outro podem dificultar a generalização dos efeitos a outros grupos populacionais com diferentes antecedentes culturais ou à população em geral.

Mais uma vez os autores apontam a necessidade da realização de estudos com desenho metodológico mais robusto.

6 – RESULTADOS

A publicação dos onze estudos concentra-se em dois anos do friso cronológico considerado, conforme patente no gráfico 3.

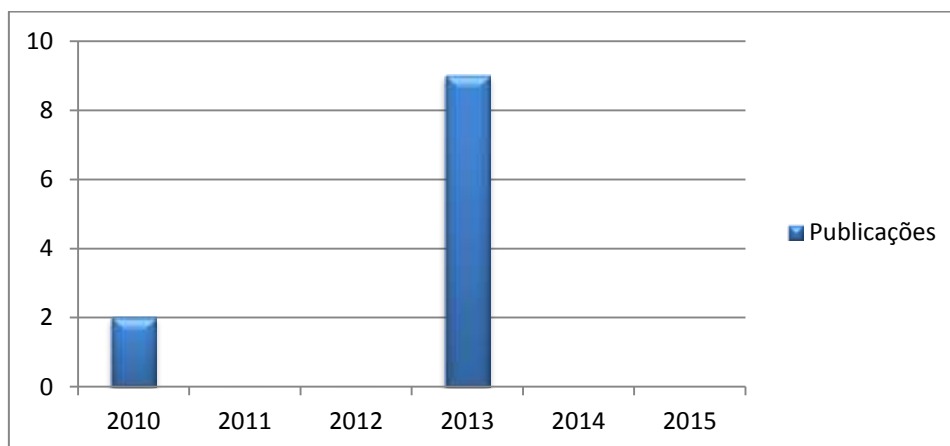


Gráfico 3 – Distribuição dos estudos por ano de publicação

De facto, 2013 é o ano com maior número de publicações – 9 – sendo que só em 2010 se verificam a existência de outros estudos – 2. A extensão do friso cronológico pode não permitir estabelecer tendências, mas afigura-se pertinente a ausência de publicações em quatro dos anos em causa.

Em onze estudos, quatro são RSL e três, estudos experimentais randomizados, rácio que levanta a questão da escassez da produção científica acerca do tema, ainda que apenas reportando ao período em causa. Podemos ainda chamar à colação as intersecções existentes nos estudos incluídos nas quatro RSL, conforme o gráfico:

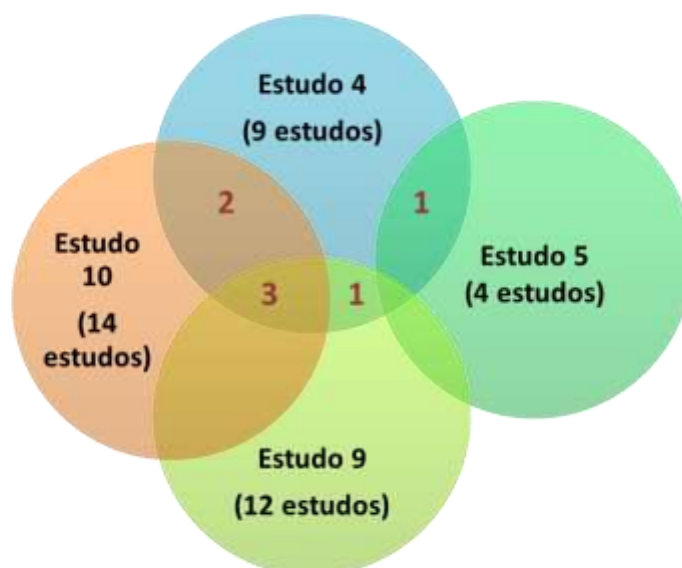


Gráfico 4 – Intersecção dos estudos nas diversas RSL em estudo

Quanto a resultados, sete dos estudos apontam resultados positivos do qigong na depressão. Dois dos estudos referem resultados positivos mas sem significado estatístico. Dois estudos apontam para que esse impacto seja inconclusivo.

Isto parece patentear aquilo que é tão numerosas vezes afirmado nos estudos – o potencial da prática do qigong na depressão. De modo a melhor poder aclarar os efetivos efeitos dessa prática, mais produção científica nesta área é necessária, e sobretudo com melhores e mais robustos desenhos metodológicos – amostras mais numerosas, randomizadas, controlos cuidados e rigorosamente definidos, avaliação de parâmetros fisiológicos.

Em relação aos níveis de evidência, pode observar-se, conforme gráfico 4, uma distribuição de grande parte dos estudos pelos primeiros dois níveis de evidência.

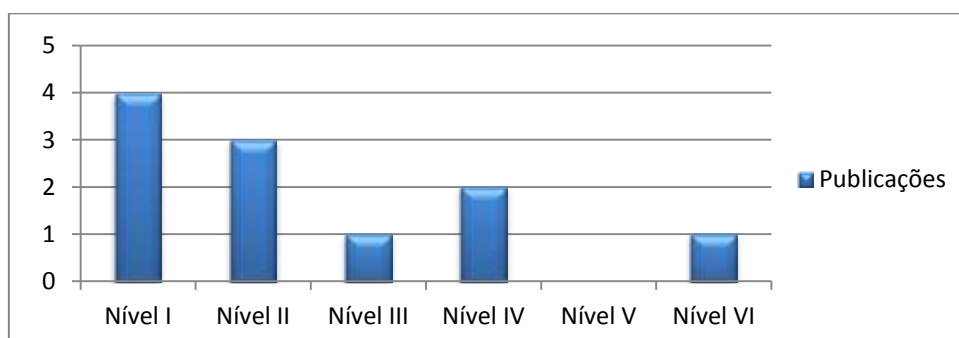


Gráfico 5 – Distribuição dos estudos por níveis de evidência

Ainda tomando em conta os níveis de evidência, das quatro RSL, duas apresentam resultados inconclusivos e duas resultados positivos. Tanto os três RCT's como o estudo piloto, os dois estudos de coorte e o estudo descritivo apresentam resultados positivos.

Dois dos três estudos experimentais randomizados recorreram à avaliação de parâmetros fisiológicos – um, cortisol salivar, serotonina sérica e força muscular, o outro, prensão palmar, frequência cardíaca, tensão arterial e espirometrias.

Podemos recorrer ao postulado de que um estudo é tanto melhor quanto os controlos de que se socorre. A produção científica analisada é neste contexto também deficitária. Dois estudos recorrem a leitura de jornais e um estudo a lista de espera. Nenhum dos estudos utiliza grupo de controlo de tipo qigong placebo.

Como última nota, questionamos aquilo que acaba por ser também um viés desta RSL – a inclusão apenas de estudos em língua inglesa. A suspeita de um manancial de produção científica em línguas orientais – como o mandarim ou o coreano – basicamente inacessíveis a pesquisadores ocidentais, amplamente desconhecedores dessas línguas, está presente. Esforços envidados no sentido de explorar e integrar essa pesquisa em futuros estudos seriam profícuos.

7 – CONCLUSÃO

O potencial do qigong no tratamento da depressão, mencionado em tantos estudos, parece manifesto, com efeitos consideráveis e significativos na melhoria da qualidade de vida. Mas manifestas são também, por um lado, a exiguidade da produção científica especificamente referente ao assunto, e por outro, as limitações patentes de grande parte das publicações que o versam.

Configura-se de importância fundamental o investimento em futuros estudos, mais clarificadores e que forneçam evidências cabais. A realização de estudos experimentais randomizados, porventura socorrendo-se de grupo experimental e dois grupos de controlo – grupo de controlo com qigong placebo e grupo de controlo de tipo lista de espera –, poderá talvez constituir-se como uma ferramenta importante nesse sentido. O grupo de controlo de tipo qigong placebo (sham qigong), de que os estudos tão poucas vezes lançam mão, pode permitir isolar o efeito placebo gerado por um lado pelas expectativas positivas de tratamento, e por outro, pelos efeitos benéficos da interação social.

Outra questão pertinente seria a inclusão da parametrização de marcadores biológicos descritos na literatura como ligados à depressão, como sejam a avaliação do cortisol salivar, ou da serotonina. Por outro lado, a MTC sustenta que os efeitos do qi podem ser apreciados mediante a observação de sinais funcionais de funcionamento do organismo. Poder também parametrizar tais sinais no que diz respeito aos seus reflexos nos padrões de microcirculação, com recurso por exemplo a termografia, poderá também permitir aumentar os níveis de evidência de futuros estudos. Como exemplos de tais parâmetros temos o cortisol salivar, a serotonina e dopamina séricas, a variabilidade da frequência cardíaca, ou a termografia por infravermelhos.

Por fim, o estabelecimento de protocolos específicos de qigong, facilmente reproduzíveis e aplicáveis, poderá permitir fazer uma verdadeira comparação de eficácia, tanto mais que a frequente omissão dos estudos quanto a que tipo de qigong foi realizado levanta algumas questões. A execução de qigong delineado para a manutenção da saúde terá porventura resultados diferentes da realização de qigong médico. Diferentes estilos e intensidades de qigong poderão redundar em resultados muito divergentes.

Não obstante, os resultados obtidos pelos estudos aqui referidos, e por outros ausentes desta RSL aliciam à exploração continuada e ao investimento nesta área do saber.

8 – BIBLIOGRAFIA

- Andrews, Paul W.; Bharwani, Aadil; Lee, Kyuwon R.; Fox, Molly; Thomson Jr., J. Anderson (2015) Is serotonin an upper or a downer? The evolution of the serotonergic system and its role in depression and the antidepressant response, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 51, April 2015, Pages 164–188
- Brandão, Marcus Lira. *As bases biológicas do comportamento, Introdução à neurociência* (2004). São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária
- Chan, Jessie S. M.; Ho, Rainbow T. H.; Wang, Chong-wen; Yuen, Lai Ping; Sham, Jonathan S. T.; Chan, Cecilia L. W. (2013) Effects of qigong exercise on fatigue, anxiety, and depressive symptoms of patients with chronic fatigue syndrome-like illness: a randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* Volume 2013, in <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/485341/>, acedido em Agosto de 2015
- Chen, Kevin W.; Comerford, Anthony; Shinnick, Phillip; Ziedoni, Douglas M. (2010) Introducing qigong meditation into residential addiction treatment: a pilot study where gender makes a difference. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Volume 16, Number 8, 2010, pp. 875–882
- Craske, N.J., Turner, W., Zammit-Maempe, J., & Lee, M.S. (2009). Qigong ameliorates symptoms of chronic fatigue: A pilot uncontrolled study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 6, 265–270
- Direção Geral da Saúde (2010). *Elementos Estatísticos. Informação Geral. Saude/2008*. Lisboa : ISSN 0872-1114. Disponível em www.dgs.pt.
- Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise (2015) *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015* ISSN: 2183-5888. Disponível em www.dgs.pt
- DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2014), American Psychiatric Association. Páginas: 1122 Editor: Climepsi
- Fava, M.; Davidson, K. G. (1996) Definition and epidemiology of treatment-resistant depression *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 19, no. 2 , pp. 179–200

- Fava, M. (2000) New approaches to the treatment of refractory depression, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 61, supplement 1, pp.26 –32,
- Fouladbakhsh, J.M., & Stommel, M. (2010). Gender, symptom experience, and use of complementary and alternative medicine practices among cancer survivors in the U.S. cancer population *Oncology Nursing Forum*, 37, E7–E15, in <http://www.medscape.com/viewarticle/723425>, acedido em Agosto de 2015
- Greten, H. (2011). *Understanding TCM-Scientific Chinese Medicine.- Course Version (5ed)*. Heidelberg: Heidelberg School Editions.
- Guyatt, G.; Rennie, D. (2002). *Users guides: essentials of evidence-based clinical practice*. Chicago. IL: American Medical Association.
- Hempfen, C., & Chow, V. (2006). *Pocket Atlas of Acupuncture*. Thieme
- Holsboer, F. (2000), The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacology*; 23 (5); 447-450
- Jahnke, R., Larkey, L., Rogers, C., Etnier, J., & Lin, F. (2010). A comprehensive review of health benefits of Qigong and Tai Chi. *American Journal of Health Promotion*, 24, E1–E25
- Johansson, M., & Hassmén, P. (2008). Acute psychological responses to Qigong exercise of varying durations. *American Journal of Chinese Medicine*, 36, 449–458
- Juruena, Mario F.; Clearea, Anthony J.; Pariante, Carmine M. (2004) O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glucocorticóides e sua importância na depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria* ;26(3):189-201
- Kessler, R.C.; Berglund, P.; O. Demler *et al*, (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of the American Medical Association*, vol.289, no.23, pp.3095–3105
- Lauche, Romy; Cramer, Holger; Häuser, Winfried; Dobos, Gustav; Langhorst, Jost (2013) A systematic review and meta-analysis of qigong for the fibromyalgia syndrome. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2013*, in <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/635182/>, acedido em Agosto de 2015

Lee, M.S., Jeong, S.M., Kim, Y.K., Park, K.W., Ryu, H., & Moon, S.R. (2003). Qi-training enhances respiratory burst function and adhesive capacity of neutrophils in young adults: A preliminary study. *American Journal of Chinese Medicine*, 31, 141–148.

Matos, Luís Carlos; Sousa, Cláudia Maria; Gonçalves, Mário; Gabriel, Joaquim; Machado, Jorge; Greten, Henry Johannes (2015). Qigong as a Traditional Vegetative Biofeedback Therapy: Long-Term Conditioning of Physiological Mind-Body Effects *BioMed Research International* Volume 2015, Article ID 531789, in <http://dx.doi.org/10.1155/2015/531789>, acedido em Junho de 2015

Oh, Byeongsang; Choi, Sun Mi; Inamori, Aya; Rosenthal, David; Yeung, Albert (2013) Effects of qigong on depression: a systemic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* Volume 2013, in <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/134737/>, acedido em Agosto de 2015

Overcash, Janine; Will, Kathryn M.; Lipetz, Debra Weisenburger (2013) The benefits of medical qigong in patients with cancer: a descriptive pilot study. Volume 17, nº 6 in 10.1188/13.CJON. 654-658, acedido em Agosto de 2015

Pincus, H. A., & Pettit, A. R. (2001) The societal costs of chronic major depression, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, supplement6, pp.5–9

Porkert, M. (1983). *The Essentials of Chinese Diagnostics*. Zurich: Acta Medicinæ Sinensis

Porkert, M., & Hempen, C. (1995). *Classical Acupuncture – The Standard Textbook*. Germany: Phainon Editions & Media GmbH

Sampaio, R. e Mancini, M. (2007) Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia para Síntese Criteriosa da Evidência Científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, (1) (11), pp. 83-89.

Seca, S. (2010). *Efeitos Agudos da Acupuntura na Lombalgia Crónica-Estudo preliminar prospectivo, randomizado, controlado e cego*. Porto. (Dissertação de Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa)

- Smeeding, Sandra J.W.; Bradshaw, David H.; Kumpfer, Karol; Trevithick, Susan; Stoddard, Gregory J. (2010) Outcome Evaluation of the Veterans Affairs Salt Lake City Integrative Health Clinic for Chronic Pain and Stress-Related Depression, Anxiety, and Post-Traumatic Stress Disorder, *The Journal of alternative and complementary medicine*, Volume 16, Number 8, pp. 823–835
- Tsang, H.W.H., & Fung, K.M.T. (2008). A review on neurobiological and psychological mechanisms underlying the anti-depressive effect of qigong exercise. *Journal of Health Psychology*, 13, 857–863.
- Tsang, Hector W. H.; Lee, Janet L. C.; Au, Doreen W. H.; Wong, Karen K. W.; Lai, K. W.(2013) Developing and Testing the Effectiveness of a Novel Health Qigong for Frail Elders in Hong Kong: A Preliminary Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Volume 2013
in <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/827392/>, acedido em Agosto de 2015
- Tsang, H.W., Tsang, W.W., Jones, A.Y., Fung, K.M., Chan, A.H., Chan, E.P., & Au, D.W. (2013). Psycho-physical and neurophysiological effects of Qigong on depressed elders with chronic illness. *Aging and Mental Health*, 17, 336–348.
- Wang, Chong-Wen; Chan, Cecilia Lai Wan; Ho, Rainbow T. H.; Tsang, Hector W. H.; Chan, Celia Hoi Yan; Ng, Siu-Man (2013) The effects of qigong on anxiety, depression, and psychological well-being: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* Volume 2013,
in <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/716094/>, acedido em Agosto de 2015
- Wang, Fang; Man, Jenny K. M.; Lee, Eun-Kyoung Othelia; Wu, Taixiang; Benson, Herbert; Fricchione, Gregory L.; Wang, Weidong; Yeung, Albert (2013). The Effects of Qigong on Anxiety, Depression, and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* .Volume 2013.
in <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/152738/>, acedido em Agosto de 2015
- World Health Organization (WHO) (2013) WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Hong Kong

World Federation for Mental Health - DEPRESSION: A Global Crisis (2012) in http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf, acessado em Junho de 2015

Yeung, Albert; Slipp, Lauren E.; Jacquart, Jolene; Fava, Maurizio; Denninger, John W.; Benson, Herbert; Fricchione, Gregory L. (2013). The treatment of depressed chinese americans using qigong in a health care setting: a pilot study. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Volume 2013.

in <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/168784/>, acessado em Agosto de 2015