

NUTRINDO A VITALIDADE: QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE A RACIONALIDADE MÉDICA CHINESA E SEU DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO CULTURAL

Eduardo Frederico Alexander Amaral de Souza PhD¹

Breve História da Medicina Chinesa.

A Medicina Chinesa é um vasto campo de saberes e práticas que aparenta ao leigo um alto grau de homogeneidade. Porém, um olhar mais minucioso revela uma considerável heterogeneidade. Em seu aspecto positivo a diversidade enriquece o campo, mas, no negativo, é fonte de tensões e conflitos, os quais definem algumas fronteiras internas cujo esclarecimento se faz necessário.

A elaboração foi fundamentada nas obras do sinologista e historiador Unschuld (1985) e de Birch (2002)¹, que apresentam o cenário de uma medicina construída no tempo, evoluindo de saberes e práticas mais simples para mais complexas, tendo respaldo em evidências histórico-arqueológicas. Como as referências de tempo nos estudos sobre a China são usualmente feitas através das dinastias, apresentamos a seguir uma tabela com o período referente a cada uma delas:

Tabela 1: As Dinastias Chinesas.

DINASTIA	PERÍODO	DINASTIA	PERÍODO
SHĀNG 商	1751 a 1112 AC	Cinco Dinastias	907–960 DC
ZHŌU 周	1112 a 249 AC	SÒNG 宋	960–1279 DC
Dinastia QÍN 秦	221 a 206 AC	YUÁN 元	1271–1368 DC
HÀN 漢	206 AC a 220 DC	MÍNG 明	1368-1644 DC
Seis Dinastias 六朝	220–581 DC	QĪNG 清	1644–1912 DC
SUÍ 隋	581–618 DC	República da China	1912-1949DC
TÁNG 唐	618–907 DC	República Popular da China	1949-

Fonte: Chan (1963, p. xv)

Unschuld (1985) apresenta um modelo de evolução da Medicina Chinesa em uma escala longa de tempo que nos será bastante útil. Segundo o autor, desde os primeiros registros da civilização chinesa na dinastia SHĀNG 商 até o final da dinastia ZHŌU 周, a Medicina Chinesa baseava-se em um paradigma² mágico-ritualístico. Suas características principais

1 Eduardo Frederico A. Amaral de Souza tem doutorado em Medicina Social, pelo IMS, da UERJ, e é membro do Conselho Diretor do CRAERJ, registro CRAERJ nº RJ 0050. Este artigo foi extraído de sua tese de doutorado.

2 Birch, S. é Acupunturista, PhD. pelo Center for Complementary Health Studies da Universidade de Exeter, Inglaterra, e pesquisador pela Associação Toyohari, sociedade de pesquisa em acupuntura.

3 Utilizamos o termo paradigma com o mesmo sentido conferido por Unschuld (1985), autor do modelo.

eram congruentes com a própria estrutura social, na qual não havia qualquer separação entre os campos da religião e da medicina. Nesta sociedade os curadores eram sacerdotes, denominados WŪ 巫, termo usualmente traduzido por *shamans*. Estes sacerdotes eram responsáveis pela resolução dos problemas de saúde, que usualmente eram atribuídos a três fatores: O primeiro seria da relação entre o sujeito vivo e seus antepassados mortos. Pensava-se que os mortos influenciavam os acontecimentos do mundo dos vivos, e uma doença poderia ser, por exemplo, a manifestação da insatisfação de um antepassado. Havia um tipo especial de antepassado, que seria o “antepassado primordial”, capaz de influenciar o decurso de toda a sociedade, e portanto só era acessível pelo rei. Outro fator que poderia desencadear doenças seriam os “demônios”, entidades malignas não encarnadas, que atacariam os homens, e por último, uma noção que permaneceria no próximo paradigma, o ataque de um “vento” tido como um fator climático.

Essencial para a terapêutica seria a identificação do fator principal, que usualmente era feito por via oracular. As consultas oraculares parecem ter sido fundamentais neste modelo, e eram feitas com a utilização de cascos de tartarugas ou ossos de animais. Os primeiros eram atirados no fogo, e em seguida o *shaman* (WŪ 巫) interpretava o padrão de rachaduras que surgia no casco como uma mensagem. Caso o problema fosse relacionado a algum antepassado, a solução estaria na conciliação entre as ações do sujeito vivo e a vontade do antepassado, mediadas de forma ritualística. Caso se tratasse de ataques de demônios, a terapêutica consistia num ritual de exorcismo, e caso fossem ataques de vento, rituais para aplacá-lo.

Amudança de paradigma na medicina foi um processo que durou aproximadamente cinco a sete séculos, desde o surgimento das primeiras concepções distintas até a consolidação do modelo. Somente no período médio da dinastia ZHŌU 周, próximo ao ano 500 a.C., evidencia-se diferenciação entre as funções do sacerdote e do terapeuta, bem como o uso de substâncias medicinais para a cura de enfermidades. Alguns sinais de referência à acupuntura surgem também neste período, assim como registros de diagnose através das noções de calor e frio, escuridão ou claridade, relacionadas a teoria YĪN 陰-YÁNG 陽.

Ainda neste período surgem os chamados “filósofos” que influenciam mudanças nas crenças e valores sociais, incluindo a medicina. KŌNG FŪ Zǐ 孔夫子, nome latinizado como *Confucius*, influenciou a medicina com as concepções de *moderação*, que se num sentido restrito relacionava-se à higiene e moderação alimentar, principalmente em relação à influência negativa que a falta de preparo dos alimentos e do consumo de álcool poderiam ter sobre a saúde. Num sentido mais amplo a moderação era uma forma de evidenciar a relação entre a adequação dos atos individuais às normas sociais e a saúde. A moderação e o comedimento aplicavam-se, por exemplo, à regularidade no sono e no trabalho, que se desrespeitadas poderiam provocar doenças.

Lǎo Zǐ 老子, mesmo que não tenha existido de fato, teve seu nome vinculado ao proto-Daoísmo, com a compilação do DÀO DÉ JĪNG 道德經, onde estão explicitadas as

concepções que irão formar o corpo teórico do próximo paradigma, como DÀO 道, DÉ 德, WÚ WÉI 無為 e YĪN 陰-YÁNG 陽.

Ainda num período anterior a sistematização do novo paradigma, os textos de Mǎ Wáng Dūi 馬王堆 mostram uma primeira elaboração da teoria dos meridianos (Jīng Mài 經脈), inclusive como uma forma de explicar a dinâmica vital saudável e enferma, do uso da moxabustão, e de fármacos. Este conjunto de textos enfocava também as diversas práticas de Yǎng Shēng 養生, nutrir a vitalidade, e ainda continha uma sessão dedicada às práticas de exorcismo, podendo ser visto como um texto representativo de um período de transição paradigmática.

Finalmente na dinastia Hàn 漢, as novas concepções que vinham se acumulando foram sistematizadas num novo paradigma e compiladas em seus dois cânones fundamentais, Huáng Dì Nèi Jīng 黃帝內經, O Livro do Imperador Amarelo e o Nán Jīng 難經, O Clássico das Dificuldades. Denominado por Unschuld (1985) de paradigma de correspondências sistemáticas, integra todas as concepções prévias num modelo coerente, onde a teoria dos meridianos (Jīng Mài 經脈) e dos órgãos e vísceras (Zàng Fǔ 臟腑) constituem o núcleo das dimensões da morfologia e da dinâmica vital, e a teoria dos fatores patogênicos passa a ser a principal forma de explicar o adoecimento na dimensão da doutrina médica, substituindo as explicações do paradigma anterior baseadas na relação com os antepassados e com ataques de demônios. Neste novo modelo os fatores patogênicos foram divididos em externos, internos, e nem externos nem internos. Os externos seriam os fatores climáticos, e mantinham ainda semelhanças com as concepções de ventos malignos que invadem o corpo do final do paradigma anterior, mas agora associados às qualidades dos fatores climáticos e relacionados aos Zàng Fǔ 臟腑, órgãos e vísceras. Os internos seriam as emoções, que em determinadas circunstâncias poderiam atacar os Zàng Fǔ 臟腑. E, por último, os fatores intermediários se referiam aos hábitos alimentares e comportamentais, bem como a fatores como acidentes e ataques de animais. Deve-se salientar que a gênese das enfermidades era pensada como a interação entre a capacidade adaptativa do ser individual com a natureza, sendo esta integração a base das concepções cosmológicas do modelo, que tem o homem e o cosmos como um conjunto integrado através de uma força vital única denominada Qì 氣. É neste período de formação da Medicina Chinesa que a concepção de Qì 氣 se tornou um dos fundamentos do paradigma, assumindo a função de uma força conectiva de todos os sistemas, internos e externos, daí o nome “correspondências sistemáticas”. A correspondências entre os sistemas ocorreria através de suas semelhanças qualitativas, conforme as leis do modelo Wǔ Xíng 五行, cinco fases, que explica as diferenciações do Qì 氣 em sua constante alternância entre as polaridades YĪN 陰 e YÁNG 陽. Segundo este modelo, sistemas que estiverem na mesma fase responderão a estímulos feitos em qualquer ponto da fase. Este pensamento resulta na associação de elementos de qualidades semelhantes, tais como as características quentes de Xīn 心, o coração com a estação do verão, e as qualidades

expansivas da emoção alegria, todos associados à fase fogo (HŪO 火).

Barsted (2003, p.28) observa que o funcionamento deste modelo fundamenta-se em uma concepção que não está explícita nos clássicos da medicina, e portanto, não é considerada por Unschuld (1985). Analisa em sua obra os textos Daoístas de HUÁI NÁN Zǐ 淮南子, em busca deste elemento primário da doutrina. GǎN YìNG 感應, estímulo ressonância, seria a concepção que explica as correspondências dos sistemas ao propor que fenômenos da mesma qualidade partilhem o mesmo Qì 氣, e portanto afetem-se mutuamente.

Pregadio (2003, p. 56) confirma estas percepções sobre a centralidade da noção de GǎN YìNG 感應, como vemos no texto a seguir:

“O cosmos, o ser humano, a sociedade e o ritual são relacionados por analogia uns aos outros, de forma que um evento ou ação que ocorra em qualquer um destes domínios poderá ser relevante nos outros. Isto é determinado pelo princípio da ressonância, GǎN YìNG 感應, que traduzido literalmente seria o “impulso e a resposta”, pelos quais as coisas pertencentes à mesma classe ou categoria (LEI 類) se influenciam. O ritual por exemplo, reestabelece a conexão original entre os seres humanos e os deuses, e um Homem Real (ZHÈN RÉN 真人) ou um Santo (SHÈNG RÉN 聖人) beneficiam toda comunidade humana onde vivem por seu alinhamento com as forças que regulam o cosmos. Por outro lado, um soberano que ignore os presságios dos céus traz calamidades e distúrbios sociais.”

Pregadio (2003, p.406) considera o HUÁI NÁN Zǐ 淮南子 como o texto que mostra explicitamente as relações entre as noções cosmológicas do YĪN 陰-YÁNG 陽, das Wŭ XÍNG 五行, cinco fases, e de GǎN YìNG 感應, estímulo ressonância, sendo a última essencial para compreender o pensamento analógico que integra todos os níveis do *cosmos*.

Assim, ao final da dinastia HÀN 漢, o novo paradigma já estava sistematizado e consolidado, tornando-se a medicina hegemônica. O paradigma anterior permaneceu sendo praticado, mas de forma subordinada como um aspecto secundário dentro do campo médico, que agora já se definia diferenciado da religião, mas com uma ampla intersecção. Assim, as práticas dos rituais para os antepassados, por exemplo, parecem ter ficado no campo religioso, enquanto o exorcismo era praticado em ambos³.

Denominamos a medicina estruturada neste período de Medicina Clássica Chinesa, em contraposição a Medicina Tradicional Chinesa, que se consolidou após a revolução comunista na República Popular da China. Tendo se estruturado na dinastia HÀN 漢, a Medicina Clássica permaneceu sem rupturas paradigmáticas significativas até a formação da Medicina Tradicional Chinesa. Durante este período de aproximadamente 17 séculos, ocorreu, segundo Unschuld (1985) e Birch (2002), o desenvolvimento sistemático do

3 Os textos médicos de Mǎ Wáng Dūi 馬王堆 trazem o exorcismo como um aspecto da terapêutica, e o famoso médico Sūn Sī Miǎo 孫思邈 da dinastia SUÍ 隋 trabalha a noção dos “13 pontos-fantasma”, pontos de acupuntura utilizados para prática do exorcismo (Johnson, 2006).

paradigma clássico. Desenvolvia-se o mapa de pontos de acupuntura com a inclusão de novos pontos e a elaboração de suas funções⁴. Métodos de tratamento com acupuntura, moxabustão e ervas, e o desenvolvimento de diversas escolas, enfatizando diferentes aspectos da prática médica. Por exemplo, na dinastia SÒNG 宋 surgiu a “escola do aquecedor médio” que pregava a primazia do tratamento sobre o Baço (PÍ 脾) e o estômago (WÈI 胃), por considerá-los fontes de diversas enfermidades. Mais tarde, na dinastia MÍNG 明, diante de um surto epidêmico os preceitos da escola do aquecedor médio não se mostraram suficientemente eficazes, tendo surgido outras cujas práticas centravam-se no expurgo de fatores patogênicos, resultando num desenvolvimento deste aspecto do corpo de saberes. Ainda durante este longo período a Medicina Clássica Chinesa foi exportada para outros países asiáticos como o Japão, a Coréia e o Vietnã, onde mais escolas se desenvolveram com outras especificidades.

O Declínio da Medicina Clássica se iniciou na dinastia QĪNG 清. Já sob influência da cultura ocidental em expansão, os valores da cultura chinesa foram lentamente sendo transformados pelos valores ocidentais. O final desta dinastia representou também o fim do império e um período de aceleração no processo de modernização da nação. O campo da medicina esteve em evidência durante este processo, pois, a partir de 1911 a ciência ocidental passou a ser valorizada junto com todo o processo de modernização. Por sua vez a Medicina Clássica passou a ser considerada por dirigentes da nação como um conjunto de crenças supersticiosas (MÍ XÌN 迷信), chegando a ser banida a partir de 1927 no governo de JIǎNG JIÈ SHÍ 蔣介石 (Chiang Kai-shek) (Fruehauf, 1999; Barsted, 2003; Hsu, 1999)

A reconstrução da Medicina Chinesa teve início após a revolução comunista de 1949. Tendo recebido suporte de MÁO ZÉ DŌNG 毛澤東 por motivos de saúde coletiva, econômicos e políticos, teve representatividade no processo de construção da República Popular de China, uma vez que seus dirigentes tinham como objetivo resgatar parte da cultura tradicional criando uma síntese com a ciência e os valores modernos. A Medicina que nasceu desta proposta de síntese foi denominada Medicina Tradicional Chinesa. De acordo com Hsu (1999, p. 7) esta medicina é referida por diversos termos tais como: “tradicional”; “modernizada”; “científica”; “sistemática” e “padronizada”, que denotam de forma adequada seus valores estruturantes, elaborados por Barsted (2003, p.11)⁵ de forma mais minuciosa na citação a seguir:

A escola “Traditional Chinese Medicine” apresenta, nas principais obras traduzidas para línguas européias, fortes traços positivistas e funcionalistas, marcados, entre outras coisas, por: (a) uma agregação ahistórica de diferentes conceitos e práticas de medicina chinesa; (b) uma implícita preocupação

4 Os textos de Mǎ WÁNG DŪI 馬王堆 descreviam os JĪNG MÀI 經脈, canais e colaterais, mas não faziam qualquer alusão à noção de ponto de acupuntura. Interpreta-se isto como evidência de um processo de desenvolvimento.

5 O autor preferiu não traduzir o termo “Traditional Chinese Medicine” do inglês, cuja tradução seria “Medicina Tradicional Chinesa.”

com a lógica e com os critérios de cientificidade ocidentais; (c) uma exclusão das categorias e das formas de pensamento dos clássicos filosóficos que fundamentam a medicina clássica chinesa; (d) a negação de vários conceitos básicos da medicina clássica chinesa que a escola “Traditional Chinese Medicine” atribui ao misticismo e (e) uma tendência à materialização, à coisificação da acupuntura, p. ex. atribuir a ação da acupuntura ao sistema nervoso e denominar certas categorias fundamentais abstratas da medicina chinesa de “substância vitais”.

Após o movimento de construção de uma medicina parcialmente fundamentada em concepções clássicas, e de sua instalação, em conjunto com a Medicina Ocidental Contemporânea como as medicinas de Estado da República Popular da China, a escola Medicina Tradicional Chinesa tornou-se hegemônica dentro do campo da Medicina Chinesa. Como uma de suas características é a padronização, tende suprimir a diversidade. De acordo com Fruehauf (1999, p.6), esta escola monopolizou a prática da Medicina Chinesa na China continental e se tornou modelo para a expansão desta Medicina no mundo. Uma breve observação na página eletrônica de um dos grandes centros contemporâneos de produção de saberes em Medicina Chinesa⁶ evidencia o investimento em preparar uma Medicina Chinesa “padronizada para exportação”, o que acaba contribuindo para a construção da imagem de um campo de saberes homogêneo.

Como outra de suas características é a cientificização, tende a excluir ou ressignificar noções fundamentais ao corpo de saberes da Medicina Clássica, tais como SHÉN 神, termo que era usualmente traduzido por “espírito”, e passou a ser quase identificado com a “mente” ou atividades mentais nas escolas de Medicina Tradicional Chinesa. Este aspecto da ressignificação dos termos clássicos será importante na construção deste trabalho, conforme veremos adiante. A seguir apresentamos o desenvolvimento da Medicina Chinesa no ocidente contemporâneo.

6 Tais como Shanghai University of Traditional Chinese Medicine e Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, que produziram um conjunto de referências bibliográficas com objetivo de padronizar a “internacionalização da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no mundo: <http://www.tcm-treatment.net/images/bookstore/s15.htm>, acessado em 07/06/2005.

A Medicina Chinesa no Ocidente Contemporâneo

A Aculturação da Medicina Chinesa no Ocidente é um processo em desenvolvimento, iniciado há aproximadamente trinta anos, e aparentemente com um longo percurso futuro. A co-existência de distintos sistemas médicos parece ter sido comum em muitas civilizações, inclusive no próprio ocidente antes da modernidade⁷. Porém, durante a modernidade, assistimos ao surgimento de um estranho tipo de monopólio, com o nascimento de um novo sistema médico apresentando características de expansão e dominação cultural congruentes com o capitalismo, modelo civilizatório do ocidente moderno. A biomedicina, termo atribuído a este sistema pelos pensadores das ciências sociais aplicadas à saúde, construiu a identidade social de única medicina verdadeira, sustentando-a sem maiores problemas desde o final do século XVIII até o final da década de 60 do século XX⁸. (Camargo Jr. 2003; Luz, 1996; Birch, 2002)

Neste momento, um conjunto de transformações sociais de abrangência mundial trouxe consigo o fim da modernidade. Os movimentos e revoluções sociais do fim da década de 60 não alcançaram a totalidade dos objetivos pretendidos, mas, contribuíram significativamente para a quebra do monopólio da biomedicina no campo da saúde. Desde então, testemunhamos o re-surgimento de diversas culturas de saúde e o crescimento do uso de novas práticas terapêuticas. Denominadas Alternativas, Complementares ou Holísticas, estas práticas ganharam progressivo espaço na sociedade civil e também em instituições e sistemas locais de saúde.

É possível caracterizar três passos desta retomada da pluralidade. Durante o final dos anos sessenta, e toda a década de setenta do século passado, presenciamos movimentos de contestação e ataques às estruturas sociais vigentes, concomitantemente à “importação” de culturas alternativas. O ocidente foi invadido por práticas artísticas, religiosas e terapêuticas das mais diversas culturas, que trouxeram consigo diferentes visões de mundo e da humanidade⁹.

O segundo passo, mais intenso durante a década de oitenta, caracterizou-se pelo processo de *mercantilização* das práticas contraculturais. Neste, houve um desvio das diretrizes originais, onde ao invés de destruir o capitalismo, a ideologia contracultural foi transformada pelo mesmo em mais um produto de mercado. O campo das novas práticas terapêuticas e outros que compunham o cenário contracultural foram adaptados à cultura capitalista hegemônica. Apesar de ainda hoje veicular e difundir valores anti-capitalistas, insere-se no sistema sob suas regras, o que se manifesta numa produção contínua, prolífica e ininterrupta de *produtos de saúde em competição no mercado*.

O terceiro passo é uma extensão prevista do segundo. Uma vez que as práticas de saúde não mais participam do movimento de formação de uma “sociedade alternativa”, elas se submetem aos instrumentos de regulação social e de mercado. A institucionalização

7 Ver Bates (2000).

8 Sobre a institucionalização da Biomedicina ver Camargo Jr. (2003) e Luz (1996). Sobre a aculturação da Medicina Chinesa, Birch (2002).

9 Para maiores detalhes ver Campbell (1997), Luz (1997) e Souza (2004).

dos saberes e práticas “contraculturais” alcança o nível das corporações, associações, conselhos e legislações profissionais, todos em busca do seu espaço na sociedade, que no caso das práticas de saúde, incluem a demanda por reconhecimento ou até inserção nos sistemas nacionais de saúde.

Esta disputa de campo, no sentido do conceito utilizado por Bourdieu (1994), resultou em distintas configurações de possibilidades e proibições nos países ocidentais, no que diz respeito à formação e atuação destes “novos profissionais de saúde”. Dentre a diversidade de novas práticas, é possível notar que algumas foram mais incorporadas às culturas ocidentais, sendo também objeto de disputa por corporações profissionais. Neste aspecto merece destaque a *Racionalidade Médica Chinesa*, através de uma de suas práticas terapêuticas mais difundidas, a *acupuntura*.

Tendo sido uma prática *pioneira e representativa das transformações históricas supracitadas*, a acupuntura estabeleceu fortes raízes no mundo ocidental. Além disto, a atual ascensão da República Popular da China no cenário mundial parece alimentar ainda mais o desenvolvimento das práticas de saúde da Racionalidade Médica Chinesa em escala mundial, tendo a escola Medicina Tradicional Chinesa como modelo de padronização.

O Cenário Atual da Pesquisa em Medicina Chinesa

O processo de “importação” de um sistema médico não aconteceu sem conflitos. Pelo contrário, ao olharmos a história da contracultura parece que as culturas importadas serviram como armas em um processo conflituoso de transformação das sociedades ocidentais.

A construção do campo da Medicina Chinesa no ocidente ocorreu de forma singular em cada nação, refletindo as distintas soluções que cada uma formulou para temas conflituosos comuns. Destacamos como exemplo o estudo realizado por Nascimento (1997) sobre a construção do campo da acupuntura no Brasil, pois acreditamos que contenha os elementos centrais do conflito, que seriam: 1) Um momento inicial de negação da Medicina Chinesa como um instrumento eficaz de intervenção em saúde, por parte das instituições hegemônicas (Estado e Instituições de saúde), contra a pressão exercida pelo crescimento de sua demanda pela sociedade civil; 2) Um segundo momento de aceitação da eficácia de intervenção conduzindo a conflitos inter e intra categorias profissionais pelo direito ao exercício da prática; 3) O processo de institucionalização de produtos e serviços de saúde, do ensino e formação profissional, e de associações e conselhos de regulação do exercício da profissão.

Este último passo resultou em distintas configurações institucionais dependendo dos diversos poderes dos atores e instituições envolvidos tais como: as associações e conselhos profissionais; as características das leis trabalhistas e educacionais; do sistema nacional de saúde; da história prévia da imigração de orientais; das instituições de pesquisa, construção e legitimação do conhecimento, etc... É no interior deste espaço de disputas que se torna relevante uma análise sobre as formas de legitimação do conhecimento no campo e o papel exercido pela pesquisa científica.

Segundo Patel (1987)¹⁰, em artigo intitulado: *Problemas na avaliação de medicinas alternativas*, a aceitação das chamadas “medicinas alternativas¹¹” pelas instituições de saúde hegemônicas depende sobretudo do resultado de sua avaliação pelos critérios científicos. Na primeira década deste século, autores como Birch (2003)¹² e Lewith (2003)¹³ consideram que o campo da acupuntura envolveu-se apenas periféricamente com a ciência no ocidente, sendo necessário um maior empenho nas pesquisas para que se torne uma parte integrada do sistema de saúde hegemônico. (Birch, 2003 a, p.29). Segundo os autores, estas pesquisas devem ser capazes de “discriminar dogmas de conhecimentos verdadeiros”, a fim de “melhorar a eficácia dos tratamentos e os cuidados aos pacientes” (LeWITH, 2003, p.82), porém, consideram insatisfatórias as pesquisas realizadas até o momento, e salientam que a pesquisa em Medicina Chinesa é um desafio metodológico. (Birch, 2003 b, p.207).

10 Patel, M.S. – Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne, Switzerland.

11 Este termo denota todos os sistemas médicos e práticas terapêuticas não biomédicas.

12 Acupunturista, Ph.D., consultor da Fundação para Estudos de Medicinas do Leste Asiático, Amsterdam, Holanda.

13 Pesquisador Senior e Consultor Médico do Royal South Hants Hospital, Southampton, Grã-Bretanha.

A partir desta avaliação Birch (2003 a) sugere diversos tipos de pesquisa que considera úteis ao campo, incluindo propostas de desenho de projetos, colaboradores e financiamento necessários. Reproduzimos abaixo apenas os tipos:

Tabela 2: Classificação das Pesquisas

<p><i>1 Estudos Gerais</i></p> <p>1.1. Sobre a natureza da prática (Estudos da literatura)</p> <p>1.2. Demográficos (<i>Surveys</i>)</p> <p>1.3. Resultados Clínicos</p> <p>1.4. Efeitos adversos</p>	<p><i>2. Estudos Especializados</i></p> <p>2.1. Confiabilidade e validade dos diagnósticos e tratamentos</p> <p>2.2. Desenvolvimento de ferramentas para avaliar resultados</p>
<p><i>3. Testes Clínicos Controlados</i></p> <p>3.1. Em Serviços de Saúde (Pragmático)</p> <p>3.2. Econômicos (Pragmático)</p> <p>3.3. Pesquisas de eficácia comparada (Pragmático)</p> <p>3.4. Estudos com controle de grupo placebo para examinar efeitos específicos (Explicativo)</p>	<p><i>4. Estudos de Laboratório</i></p> <p>4.1. Estudos de mecanismo de ação (em animais ou humanos)</p> <p>4.2. Explorações da teoria tradicional (e.g. Mensuração de pontos e meridianos)</p>

A tipologia de Birch (2003 a) é um ponto de partida para a análise de alguns casos exemplares a partir dos quais formulamos algumas questões. O primeiro, apresentado em Kaptchuck (2000), é um teste clínico controlado de eficácia comparada. (Item 3.3., tabela acima), apresentado no capítulo intitulado: “O encontro científico com as medicinas do leste asiático: eficácia e eventos adversos”.

“o mais sofisticado estudo (científico), até o momento, capaz de respeitar totalmente o diagnóstico e a terapêutica da Medicina Chinesa, e ainda utilizar um estrito e aceito protocolo metodológico duplo-cego foi realizado em Sydney. Um grupo de 116 pacientes com “síndrome do cólon irritável” foi aleatoriamente dividido em três grupos: a) um tratamento placebo; b) Uma formulação herbácea padronizada da Medicina Chinesa (MC) e c) uma prescrição individualizada de ervas, com os componentes selecionados por um herbalista tradicional chinês. A fórmula padronizada continha 20 ingredientes; as composições individualizadas consistiam de ervas escolhidas de um total de 81 tipos, a fim de ajustar-se ao padrão único de desarmonia de cada paciente. A fim de reforçar o duplo-cego, ao invés de ter sido apresentado um placebo com cheiro e gosto semelhante às fórmulas herbais, todos os pacientes, depois de consultarem um herbalista chinês, que ignorava se os pacientes iriam receber tratamento real ou falso, eram requisitados a preencher um questionário e aguardar trinta minutos para

o preparo de suas ervas. O tempo de espera foi utilizado para evitar que os pacientes pudessem identificar se estavam recebendo o placebo, a fórmula padronizada, ou a individualizada, que levam tempo para serem preparadas. Comparado com o grupo placebo, os pacientes nos grupos de tratamentos ativos obtiveram melhora significativa em todas as medidas de resultado. Fórmulas padronizadas e individualizadas foram igualmente efetivas até o final da décima-sexta semana de tratamento. Após a conclusão do tratamento, os pacientes foram observados durante quatorze semanas. Ao final deste período, apenas os pacientes que receberam fórmulas individualizadas mantiveram as melhoras obtidas.” (Kaptchuck, 2000, p.369)

Alguns tópicos deste exemplo merecem comentários. Primeiro, o autor inicia o texto enunciando ser um teste “capaz de respeitar totalmente a Medicina Chinesa”. Esta afirmação merece atenção, pois, em primeiro lugar, o critério de seleção do grupo inicial foi classificar pessoas através de uma categoria de “doença” exclusiva da racionalidade da biomedicina (síndrome do cólon irritável). Caso expuséssemos o mesmo grupo de pessoas em primeiro lugar ao herbalista chinês, que as teria diagnosticado segundo a Medicina Clássica Chinesa, talvez ele não observasse sinais comuns suficientes que pudessem enquadrar as 116 pessoas em um mesmo grupo. Em segundo lugar, não está claro na exposição o critério utilizado para mensuração dos resultados, mas podemos imaginar que o desaparecimento dos sintomas e sinais que definem “síndrome do cólon irritável” tenha sido o critério escolhido.

O segundo estudo exemplar, dirigido por Cho (2001) teve como objetivo a investigação das repercussões da inserção de agulhas de acupuntura no plano fisiológico (Biomédico). Considerado inovador por ter evidenciado a especificidade de ação dos pontos de acupuntura, é tido como um exemplo bem sucedido de “interdisciplinaridade” (Kim, 2000), por ter construído resultados positivos para todos os grupos envolvidos: os acupunturistas, os neurologistas e os especialistas em imagens (ressonância magnética). O Modelo esquemático do estudo foi o seguinte:

- 1- Selecionar pontos de acupuntura que, segundo os textos clássicos, teriam efeitos sobre os olhos;
- 2- Estimular o ponto em um paciente, capturando imagens da atividade cerebral durante o processo;
- 3- Estimular um “ponto falso” de acupuntura e capturar as imagens da atividade cerebral;
- 4- Estimular a visão do paciente através de estímulos luminosos e capturar a imagem da atividade cerebral;
- 5- Comparar as imagens.

O resultado obtido foi o seguinte:

- a) O estímulo do ponto de acupuntura clássico provocou atividade, na área cerebral

referente as funções da visão, com intensidade semelhante ao estímulo luminoso;

b) O estímulo do “ponto falso” não provocou atividades no cérebro;

Este conjunto de informações levou os pesquisadores a concluir que pontos de acupuntura podem ter ações específicas. Este estudo seria um exemplo do item 4.2 da classificação de Birch (2003 a), um estudo de laboratório, explorando as teorias tradicionais.

Com estes dois exemplos em mãos, permitimo-nos alguns comentários a partir de uma questão básica: *Qual é a origem da necessidade de pesquisa em acupuntura?* Esta pergunta pode ter uma resposta imediata a partir da perspectiva das ciências duras, e mesmo das instituições e sistemas de saúde, para quem as questões de eficácia, terapêutica e econômica, são de importância primária. McPherson(2000)¹⁴ capturou com precisão este tópico:

“Durante as três últimas décadas a história da pesquisa em acupuntura no ocidente tem sido dominada pela necessidade de determinação da eficácia da acupuntura para tratar um grupo de doenças e condições, através do Ensaio Clínico Randômico Controlado (ECRC).” (McPherson, 2000, p.97)

Esta postura é bastante semelhante à proposta oficial da República Popular da China na criação da Medicina Tradicional Chinesa. A passagem a seguir demonstra que a importância conferida à avaliação científica continua sendo um dos fundamentos do desenvolvimento desta medicina:

“Em 1994-95 o ministro da saúde publicou diretrizes que buscavam padronizar o processo de pesquisa sobre o efeito do uso de medicamentos patenteados. Em conjunto com a instituição chinesa reguladora de drogas e alimentos, foi decretado que a pesquisa e as patentes de fórmulas de Medicina Chinesa devem ser conduzidas pelos padrões da pesquisa farmacêutica ocidental. Isto significa dizer, principalmente, que o sistema tradicional de diagnose diferencial (bianzheng) teria que ser completamente substituído pela diagnose alopática (bianbing). De acordo com estas diretrizes, pesquisas sobre uma fórmula constitucional de múltiplos propósitos como o “Pó para as quatro extremidades frígidas (Sini San)”, por exemplo, deverá ser conduzida e anunciada no contexto de uma única categoria diagnóstica, i.e. “colecistite”. A pesquisa sobre a racionalidade da teoria tradicional dos medicamentos são reduzidas à 10% da proposta, enquanto a pesquisa orientada à doenças ocupa 70%. “ (Freuhauf, 1999, p. 10)

14 McPherson, H. Ph.D., Acupunturista, Diretor de pesquisa da Fundação para Medicina Tradicional Chinesa, Reino Unido.

Crítica às Diretrizes de Pesquisa

De acordo com o exposto acima, parece que a Medicina Chinesa na atualidade busca na ciência um caminho para legitimação. Porém, ao adequar-se a forma científica de produção de conhecimento, pretere a pesquisa sobre os fundamentos de sua racionalidade. Conforme observamos nos temas de pesquisa propostos por Birch (2003 a), apenas um entre 12 itens interroga a “natureza da prática”, ou seja, as concepções que fundamentam a teoria clássica. Vemos no comentário de Fruehauf (1999, p.10) a seguir que esta tendência também ocorre na China continental.

“Na opinião de muitos de meus professores orientados pelos clássicos, e na minha, estamos vendo uma severa erosão dos valores tradicionais, pelos seguintes motivos: a) devido a prioridades de mercado, nenhum dos numerosos jornais de Medicina Tradicional Chinesa esforça-se para publicar sobre os fundamentos filosóficos da Medicina Chinesa. Ainda, o governo não provê recursos financeiros para a pesquisa sobre os textos tradicionais, que eram um tópico de especialização até 1988, e não são permitidos projetos de pós-graduação que envolvam somente a teoria da Medicina Chinesa. “

Deste modo, salientamos a existência de uma “*agenda de pesquisa*”, liderada e desenvolvida por uma parte do campo da Racionalidade Médica Chinesa, mais próxima às instituições hegemônicas de produção de saberes Ocidentais e Chinesas, cujo princípio diretor está baseado na tentativa de responder questões de eficácia terapêutica relativas ao tratamento de “doenças” (McPherson, 2000; Sherman, 2004)¹⁵, ou de “comprovar” a possibilidade de “funcionamento” da acupuntura através de categorias biomédicas (Cho, 2001).

Esta agenda parece não despertar interesse de outra parte do campo, representada por terapeutas cuja prioridade é a atividade clínica, baseando o processo de avaliação de sua intervenção terapêutica em interpretação de “sinais”¹⁶. De fato, pode-se formular uma questão aos estudos exemplificados acima: **Qual é sua contribuição para a atividade clínica?**

Esta questão parece estar respondida de forma implícita. A imposição dos critérios de validação de conhecimento da biomedicina sobre a Medicina Clássica Chinesa traz consigo um conjunto de conseqüências. A primeira é a classificação de doenças como forma prioritária de diagnose; a segunda é a criação de terapêuticas padronizadas, com fármacos e pontos de acupuntura pré-selecionados e fixos para cada doença; e a terceira é a avaliação da terapêutica baseada na mensuração objetiva de dados, usualmente colhidos por instrumentos de alta tecnologia (ex. variação da carga viral). Segundo Fruehauf (1999, p. 13), este conjunto se opõe à forma clássica, onde o terapeuta baseia-se no sistema diagnóstico clássico, de determinação de padrões de desarmonia através da interpretação de sinais colhidos na língua e no pulso (entre outros), prescreve tratamentos singularizados para cada paciente e utiliza uma ampla variedade de práticas terapêuticas, tais como

15 Sherman, K,J. Ph.D., Departamento de Epidemiologia, Universidade de Washington, Estados Unidos.

16 Ginzburg (1992) chama esta qualidade operativa de “paradigma indiciário”

fármacos, acupuntura, massagens, exercícios de circulação da força vital (Qì GŌNG 氣功), dietética, práticas de emissão de Qì □, força vital do terapeuta para o paciente, entre outras. A prescrição destas práticas é bastante flexível, variando com a evolução do quadro de desarmonia, ou ainda em alguns sistemas de acupuntura, a utilização dos pontos varia com a hora de aplicação em relação ao padrão de enfermidade. Ainda, a avaliação da terapêutica é baseada na composição das sensações de bem-estar do paciente com a variação dos sinais clínicos supracitados.

Desta forma, compreendemos que a resposta implícita à questão da contribuição poderia ser formulada da seguinte maneira: **o modelo biomédico é o mais adequado para a criação de um corpo de saberes e práticas mais seguro e eficaz, pois seria capaz de dar validação científica aos saberes**, em contraposição ao modelo clássico, que apresenta diversas dificuldades a esta validação. Cabe salientar que para o **terapeuta de orientação clássica**, que fundamenta a avaliação de sua prática na comparação entre as sensações de bem-estar do cliente com a variação dos sinais clínicos, tendo portanto um modelo próprio de avaliação, a imposição dos critérios biomédicos não parece contribuir para uma melhor condução do processo de diagnose, seleção e aplicação adequada de estímulos terapêuticos. (fitoterápicos, acupuntura, alimentação ou massagens).

A centralização das pesquisas em torno da categoria “doença” traz consigo alguns problemas fundamentais. Sua reificação anula a possibilidade de apreender uma miríade de sinais que poderiam ser interpretados como “eficácia terapêutica”, pois a Medicina Chinesa define saúde-doença em termos da harmonia ou desarmonia das pessoas enquanto complexos singulares, e sustenta, prioritariamente, **um modelo de avaliação de promoção da saúde**. Neste, mudanças na “forma de ondas do pulso arterial”, no “padrão emocional”, e no “brilho dos olhos” são sinais positivos da condução do processo terapêutico, ignorados pelo modelo de pesquisa focado na categoria “doença”.

Existe um padrão convencional e hegemônico de avaliação que, ao definir-se universal, ignora os padrões internos de avaliação da Medicina Clássica, podendo induzir uma sobrevalorização de aspectos da terapêutica imediatamente relacionados à cura das doenças, ao mesmo tempo sub-valorizando outras transformações positivas provocadas pela ação terapêutica, podendo em última instância incorrer no erro de desqualificar o potencial terapêutico de uma dada Racionalidade Médica por apreender de forma enviesada seus objetos e objetivos.

“[...] para compreender de fato outra racionalidade médica, é necessário aprender a pensar como um praticante dela, um “tornar-se nativo” que evoca novamente o relato sobre a história de Qesalid, de Lévy-Strauss (1975a). Sendo assim, é inadequado e impróprio supor que critérios de avaliação de eficácia internos a uma racionalidade sejam imediatamente aplicáveis a outras – por exemplo, tornar-se o ensaio clínico randômico controlado como modelo universal de avaliação de eficácia” (Camargo Jr., 2004)

Inserido neste contexto, o presente trabalho será elaborado na direção oposta ao fluxo hegemônico de desenvolvimento da Medicina Chinesa contemporânea. A obra

é essencialmente sobre o antigo. É um instrumento para apreensão das concepções fundamentais da Medicina Clássica, para compreensão de sua racionalidade. É uma resposta ao convite de Fruehauf (1999) para que se evite a morte do clássico, é uma reafirmação da visão de Barsted (2003), sobre a qualidade da terapêutica depender de uma adequada apreensão destas categorias. Finalmente, é uma pesquisa sobre os temas que o governo da República Popular da China recusou-se a promover nas últimas décadas.

Partimos do pressuposto que havia na Medicina Clássica um conjunto de saberes e práticas de saúde que constituíam um modelo de prevenção e promoção, além da mencionada face curativa. Assim sendo, a temática central deste trabalho é a proposta terapêutica da Medicina Clássica, com ênfase nas práticas de prevenção e promoção. Esta temática será restrita pelo conjunto de símbolos, sentidos, representações, saberes, crenças, valores, papéis sociais e instituições envolvidos na *práxis* dos terapeutas contemporâneos que priorizam a Medicina Clássica.

Referências Bibliográficas

1. Referenciais Teóricos do Campo das Ciências Humanas

BATES, D. G. (2000). "Why not call modern medicine alternative?" *Perspectives in Biology and Medicine* 43(4): 502-518.

BOURDIEU, P. (1994). *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo, Perspectiva.

CAMARGO Jr., K. R. (1997). "A Biomedicina." *Physis: Rev. de Saúde Coletiva* 7(1): 45-68.

CAMARGO Jr., K. R. (2003). *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo, Hucitec.

CAMARGO JR., K.R. (2004) – Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Orgs.) - *Cuidado: as fronteiras da integralidade*, p. 157-170, Rio de Janeiro, HUCITEC: ABRASCO.

CAMPBELL, C. (1997). "A Orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio." *Religião e Sociedade* 18(1): 5-21.

ELIADE, M. (1989). *Mito e Realidade*. São Paulo, Perspectiva.

FLECK, L. (1981). *Genesis and Development of a Scientific Fact*, Chicago, University of Chicago Press.

GINZBURG, C. (1992). *Clues, Myths, and the Historical Method*, The John Hopkins University Press

LUZ, M. T. (2000). Medicina e Racionalidades Médicas: Estudo comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopática, Tradicional Chinesa e Ayurvédica. in Ciências sociais e saúde para o ensino médico. A. M. CANESQUI: São Paulo, HUCITEC/FAPESP.

LUZ, M. T. (1988). Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus.

LUZ, M. T. (1996). "VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas." Série: Estudos em saúde coletiva 140: 1-31.

LUZ, M. T. (1997). "Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX." Physis: Rev. de Saúde Coletiva 7(1): 13-43.

LUZ, M. T. (1997). "Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX." Physis: Rev. de Saúde Coletiva 7(1): 13-43.

NUNES, J.A. (2003) – Um Discurso sobre as Ciências 16 anos depois in Conhecimento Prudente para uma Vida Decente, B.S. SANTOS: São Paulo, Cortez.

SANTOS, B.S. (1987) Um Discurso sobre as Ciências. Porto, Ed. Afrontamento.

SANTOS, B.S. (1995) *Toward a new common sense: Law, Science and Politics in the Paradigmatic Transition*. New York, Routledge.

SANTOS, B.S. (2000) *A Crítica da Razão Indolente: Contra o desperdício da experiência*. Porto, Ed. Afrontamento.

SAYD, J. D. (1998). *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro, Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SOUZA, E.F.A.A. (2004) – *As Faces do Todo: O holismo nas práticas terapêuticas contemporâneas*, Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

1.1. Referenciais Teóricos do campo das Ciências Humanas específicos para o desenvolvimento do tema

ARTHUR, S. (2006). *Life Without Grains: Bigu and the Daoist Body*. In Kohn (2006) (ed.). *Daoist Body Cultivation: Traditional Models and Contemporary Practices*. Magdalena, NM, Three Pines Press.

BIRCH, S; FELT, R. (2002). *Entendendo a acupuntura*. São Paulo, SP, Ed. Roca.

BIRREL, A. (1999). *Chinese Mythology: an introduction*. Baltimore and London. The John Hopkins University Press.

CAMPANY, R.F. (2002). *To live as long as heaven and earth: traditions of the divine transcendants*. Berkeley, Los Angeles and London. University of California Press.

CHAN, A.K. (1991). *Two Visions of the Way: A Study of the Wang Pi and the Ho-Shang Kung Commentaries on the Lao-Tzu*. New York, NY. University of New York Press.

CHAN, W.T. (1963). *A Sourcebook in Chinese philosophy*. Princeton, NJ. Princeton University Press.

DE WOSKIN, K.J. (1983). *Doctors, diviners and magicians of ancient China: biographies of Fang-shih*. New York, NY. Columbia University Press.

DESPEUX, C. (1979). *Physiologie et alchimie taoïste*. Paris, Les Deux Océans.

DESPEUX, C. (1990). *Immortelles de la Chine ancienne: Taoïsme et alchimie féminine*, Puiseaux, Pardès.

DESPEUX, C.; KOHN, L. (2003). *Women in Daoism*. Cambridge, MA. Three Pines Press.

ENGELHART, U. (2005). *Longevity Techniques and Chinese Medicine in KOHN (2005). Daoism Handbook*. Boston, MA. Brill Academic Publishers.

FOUCAULT, M. (1988). *História da sexualidade: a vontade de saber*. Volume 1. 17ª edição, São Paulo, SP. Edições Graal.

GIRARDOT, N. (1983). *Myth and meaning in early taoism: the theme of chaos*. Berkeley, Los Angeles and London, University of California Press.

HARPER, D.J. (1998). *Early chinese medical literature: the mawangdui medical manuscripts*. London and New York, Kegan Paul International.

HSU, E. (1999). *The transmission of Chinese Medicine*. Cambridge, UK. Cambridge University Press.

JULLIEN, F. (1998). *Tratado da Eficácia*. São Paulo, Editora 34.

JULLIEN, F. (2000). *Um sábio não tem idéia*. 1ª: São Paulo, Martins Fontes.

KALTENMARK, M. (1953) – *Le Lie Sien Tchuan*, Beijing.

KALTENMARK, M. (1979). *The ideology of T'ai-p'ing-ching*. In *Facets of Taoism*, ed. Holmes Welch

and Anna Seidel, 19-52. New Haven, Yale University Press.

KOHN, L. (1992). *Early Chinese Mysticism: Philosophy and Soteriology in the Taoist Tradition*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

KOHN, L. (1993a). *The Taoist Experience*. Albany: State University of New York Press.

KOHN, L. (2001). *Daoism and Chinese Culture*. Cambridge, MA, Three Pines Press.

KOHN (2004). *Living with the dao: conceptual issues in daoist practice*. Cambridge, MA, Three Pines Press.

KOHN, L. (2005). *Health and Long Life: The Chinese Way*, Cambridge, MA, Three Pines Press.

KOHN, L. (2005). *Daoism Handbook*. Boston, MA. Brill Academic Publishers.

KOHN, L. (2006). *Daoist Body Cultivation*. Cambridge, MA, Three Pines Press.

KOMJATHY, L. (2002). *Title index to Daoist collections*. Three Pines Press, Cambridge, MA.

LARRE, C. & LA VALÉE, E.R. (1995). *The Way of Heaven: NeiJing SuWen chapters 1 and 2*. Cambridge, England, Monkeypress.

BARSTED, D. (2003). WU JI 無極, O Vazio Primordial: A Cosmologia Daoísta e a Medicina Chinesa. Doutorado in Instituto de Medicina Social: Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro.

MUNRO, D.J.(1985). *Individualism and Holism: Studies in Confucian and Taoist Values*. Michigan, Center for Chinese Studies, University of Michigan.

NASCIMENTO, M. C. (1997). *De Panacéia Mística à Especialidade Médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil*. Mestrado in Instituto de Medicina Social: Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro.

PREGADIO, F. (2003). *Encyclopedia of Taoism*, London, Routledge.

ROBINET, I. (1977). *Les commentaires du Tao to king jusqu'au VIIe siècle*. Paris. Memoirs de l'Institute des Hautes Etudes Chinoises 5.

SCHIPPER, K.; VERELLEN, F. (2004). *The Taoist Canon: a historical companion to the Daozang*. Chicago & Londres. The University of Chicago Press.

SLINGERLAND, E. (2004). *Conceptions of the self in the Zhuang Zi: Conceptual Metaphor analysis and comparative thought*. Philosophy East & West Volume 54, Number 3, p. 322-342.

SOLOMON, R.C. (2003). *On Fate and Fatalism*. Philosophy East & West Volume 53, Number 4, p. 435-454.

T'ANG, C.I. (1962). *The T'ien Ming [Heavenly Ordinance] in Pre-Ch'in China*. Philosophy East and West, Vol. 11, No. 4, pp. 195-218.

UNSCHULD, P. (1985) *Medicine in China: A History of Ideas*. Berkeley, Los Angeles & London, University of California Press.

UNSCHULD, P. (1986). *Medicine in China: A History of Pharmaceuticals*. University of California Press. Berkeley, CA.

UNSCHULD, P. (2003a). *Huang di nei jing su wen: Nature, Knowledge, Imagery in an Ancient Chinese Medical Text*. University of California Press, Berkeley, CA.

UNSCHULD, P. (2003b). *Nan-ching: o clássico das dificuldades*. Ed. Roca, São Paulo, SP.

VEITH, I. (1972). *The Yellow Emperor's classic on internal medicine*. Berkeley, Los Angeles and London, University of California Press.

WIEGER, L. (1965) *Chinese characters: their origin, etymology, history, classification and signification*, New York, Dover Publications.

2. Fontes Documentais – Racionalidade Médica Chinesa

BENSKY, D., GAMBLE, A. (2003). *Chinese Herbal Medicine: Matéria Medica*. Seattle, WA, Eastland Press.

BIRCH, S., FELT, R. (2002). *Entendendo a acupuntura*. São Paulo, SP. Roca.

BIRCH, S. (2003 a). *Developing a research strategy for the acupuncture profession: research questions, resources necessary to answer them, and guidelines for matching resources to types of research*. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, 4, p. 29–33. Elsevier Science.

BIRCH, S. (2003 b). *Overview of models used in controlled acupuncture: studies and thoughts about questions answerable by each*. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, 3, p. 207–217. Elsevier Science.

CAI, L.Z. (1999) *A Study of Daoist Acupuncture*, Boulder, CO, Blue Poppy Press.

CHANG, S.T. (2001). *The tao of sexology: the book of infinite wisdom*. 9a edição, Reno, NV, Tao Publishing.

CHEN, P. (2004). *Diagnosis in Traditional Chinese Medicine*. Taos, NM, Complementary Medicine Press.

CHIA, M.; CHIA, M. (1986). *Healing love through the tao: cultivating female sexual energy*. New York, Healing Tao Books.

CHIA, M.; WINN, M. (1984). *Taoists secrets of love: cultivating male sexual energy*. Santa Fé, NM. Aurora Press.

CHO, N., WONG, L. e HONG, I.K. (2001) *Functional magnetic resonance imaging of the brain in the investigation of acupuncture*. In: G. Stux and R. Hammerschlag, Editors, *Clinical acupuncture: Scientific basis*, Springer, Berlin, pp. 83–95.

CLEARY, T. (2003). *The Taoist Classics, Volume 2: The Collected Translations of Thomas Cleary*. Boston, MA. Shambhala.

DE WOSKIN, K.J.. (1983). *Doctors, diviners and magicians of ancient China: biographies of Fang-shih*. New York, NY. Columbia University Press.

DECHAR, L.E. (2006). *Five spirits: alchemical acupuncture for psychological and spiritual healing*. New York, Lantern Books.

DIEPERSLOOT, J. (1997). *Warriors of Stillness Vol. I: Meditative Traditions in the Chinese Martial Arts*. Walnut Creek, CA. Center for Healing & The Arts.

- EYSSALET, J.M. (1988). *Les cinq chemins du clair et de l'obscur : Réflexions sur les bases de la cosmologie chinoise appliquées à la médecine*. Paris. Guy Trédaniel Éditeur.
- EYSSALET, J.M. (1990). *Le Secret de la Maison des Ancêtres*. Paris. Guy Trédaniel Éditeur.
- EYSSALET, J.M. (1999). *La rumeur du dragon et l'ordre du tigre*. Paris. Guy Trédaniel Éditeur.
- EYSSALET, J.M. (2003). *Shen ou o instante criador*. Rio de Janeiro. Gryphus
- FRUEHAUF (1999, p.6). *Science, politics and the making of "TCM": Chinese Medicine in crisis*. Journal of Chinese Medicine, Ed.6, N.61, P.6-14. East Sussex, UK.
- FRUEHAUF, H. (2002 a). *The science of symbols: exploring a forgotten gateway to Chinese medicine, part one*. Journal of Chinese Medicine. N. 68. p.33-39.
- FRUEHAUF, H. (2002 b). *The science of symbols: exploring a forgotten gateway to Chinese medicine, part two*. Journal of Chinese Medicine. N 69. p.20-26.
- GUILLAUME, G. (1996). *Rheumatology in Chinese Medicine*. Seattle, WA. Eastland Press Inc.
- JARRET, L.S. (2000). *Nourishing Destiny: The Inner Tradition of Chinese Medicine*. Stockbridge, Massachusetts, Spiritpathpress.
- JARRET, L.S. (2003). *The Clinical Practice of Chinese Medicine*, Stockbridge, Massachusetts, Spiritpathpress.
- JOHNSON, J.A. (2006). *Daoist exorcism: encounters with sorcerers, ghosts, spirits and demons*. Pacific Groove, CA. The International Institute of Daoist Magic.
- KAATZ, D. (2005). *Characters of wisdom: Taoist tales of the acupuncture points*. Soudorgues, França. The petite bergerie press.
- KAPTCHUK, T. J. (2000). *The web that has no weaver*. Chicago, IL, Contemporary Books.
- KARCHER, S. (2003). *Total I Ching: myths for change*. Great Britain, Time Warner Books.
- KIM, J. (2006). *Beyond paradigm: Making transcultural connections in a scientific translation of acupuncture*. Social Science & Medicine, Volume 62, Issue 12, P. 2960-2972.
- LARRE, C. & LA VALÉE, E.R. (1995). *Rooted in Spirit: The Heart of Chinese Medicine*. New York, Station Hill Press.
- LARRE, C. & LA VALÉE, E.R. (1994). *The Way of Heaven: NeiJing SuWen chapters 1 and 2*. Cambridge, England, Monkeypress.

- LEWITH, G.T. (2003). Evaluating traditionally based systems of medicine with particular reference to acupuncture. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, 4, p. 78-73. Elsevier Science.
- MACIOCIA, G. (1994). *The Practice of Chinese Medicine: The Treatment of Diseases With Acupuncture and Chinese Herbs*. Philadelphia, Churchill Livingstone.
- MACIOCIA, G. (1996). *Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para Acupunturistas e Fitoterapeutas*. São Paulo, Roca.
- MACIOCIA, G. (2005). *Diagnóstico na Medicina Chinesa: um guia geral*. São Paulo, SP. Roca.
- MATSUMOTO, K., BIRCH, S. (1986). *Extraordinary Vessels*. Brookline, MA. Paradigm publications.
- MC PHERSON, H. (2000). *Out of the laboratory and into clinic: acupuncture reserach in the real world*. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, 1, p. 97–100. Harcourt Publishers.
- MOTOYAMA (1986). *Before polarization current and the acupuncture meridians*. *Journal of holistic medicine*, Vol 8, N 1-2. Human Science Press, E.U.A.
- PATEL, M.S. (1987). *Problems in the evaluation of alternative medicine*. *Social Science & Medicine*, Volume 25, Issue 6, p. 669-678.
- ROSS, J. (2003). *Combinações dos pontos de acupuntura: a chave para o êxito clínico*. São Paulo, SP. Ed. Roca.
- SHERMAN, K.J. (2004). *A Research Agenda for the acupuncture community*. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, 4, p. 114-120. Elsevier Science.
- SIONNEAU, P.; FLAWS, B. (1995). *Pao Zhi: An Introduction to the Use of Processed Chinese Medicinals*. Boulder, CO. Blue Poppy Press.
- TIERNEY JR. L.M. et. all (1996). *Current medical diagnosis and treatment*. Stamford, CT. Appleton & Lange.
- WILE, D. (1992). *Art of the bedchamber: the chinese sexual yoga classics including women's solo meditation texts*. Albany, State University of New York Press.
- WILLMONT, D. (1999). *The twelve spiritpoints of acupuncture: beyond symptomatic and preventive healing*. Marshfield, MA. Willmountain Press.
- WINN, M. (2001). *Daoist internal alchemy: a deep language for communicating with nature's intelligence*. Artigo apresentado na Conferência de Cultivo Daoísta, Vashon Island, Seattle, WA.
- WISEMAN, N. (2001). *The transmission and reception of Chinese medicine: language, the*

neglected key. Clinical Acupuncture and Oriental Medicine, 2, p. 29–59. Harcourt Publishers.

WONG, M. (1995). *Ling-shu: base da acupuntura tradicional chinesa*. São Paulo, SP. Editora Andrei.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) – *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*. <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html>, acessado em 11/10/2005.

WORSLEY, J.R. (1990) *Traditional Acupuncture: Traditional Diagnosis*, New York, Redwingbooks.

WORSLEY, J.R. (1991) *Traditional Chinese Acupuncture: Meridians and Points*, New York, Redwingbooks.

YANFU, Z. (Editor) (2000). *A Newly Compiled Practical English-Chinese Library of Traditional Chinese Medicine: Basic Theory of Traditional Chinese Medicine*. Shanghai, Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine.

YANFU, Z. (Editor) (2000). *A Newly Compiled Practical English-Chinese Library of Traditional Chinese Medicine: Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine*. Shanghai, Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine.

YANFU, Z. (Editor) (2000). *A Newly Compiled Practical English-Chinese Library of Traditional Chinese Medicine: Diagnostics of Traditional Chinese Medicine*. Shanghai, Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine.

YANG, S.Z. (2005). *The Divine Farmer's Material Medica: a translation of the Shen Nong Ben Cao Jing*. Boulder, CO. Blue Poppy Press.

YUEN, J. C. (2005). *Three spirits and seven souls*. New England School of Acupuncture. Continuing education department.