

Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa*

A critical analysis of research guidelines in Chinese medicine

Eduardo Frederico Alexander Amaral de Souza

Pós-doutorando em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); membro do Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde.

Rua Viúva Lacerda, 249/707, bl.2
22261-050 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
edu.alexander@gmail.com

Madel Therezinha Luz

Professora titular do IMS/Uerj; professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Sociologia/Universidade Federal do Rio Grande do Sul; coordenadora do Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde.

Praia do Flamengo, 98/1111
22210-902 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
madelluz@superig.com.br

Recebido para publicação em agosto de 2009.

Aprovado para publicação em julho de 2010.

SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de; LUZ, Madel Therezinha. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.155-174.

Resumo

A aculturação da medicina chinesa nos países ocidentais a partir da década de 1970 tem criado questionamentos sobre sua eficácia, validade e possibilidades de atuação. A pesquisa em medicina chinesa é um desafio metodológico que tem sido fundamentado em ensaios clínicos estatísticos. Neste artigo, elaborase uma análise crítica dos problemas resultantes da aplicação de metodologias científicas comuns à biomedicina na pesquisa em medicina chinesa, propondo reorientações em suas diretrizes. A análise de textos é a metodologia principal e aborda-se o objeto a partir de referenciais teóricos das ciências sociais aplicadas à saúde.

Palavras-chave: medicina chinesa; pesquisa; ciência; acupuntura; promoção de saúde.

Abstract

The acculturation of Chinese medicine by the West since the 1970s has raised questions about the efficacy, validity, and potential of this form of medicine. Researchers in the field have agreed that studies on Chinese medicine present a methodological challenge. Research conducted in recent decades has focused basically on statistical clinical trials. This article offers a critical analysis of the problems encountered when applying to Chinese medicine the scientific methods common to biomedicine and also suggests new directions for such research guidelines. Relying primarily on the method of text analysis, the issue is approached by applying theoretical references from the social sciences to health.

Keywords: Chinese medicine; research; science; acupuncture; healthcare promotion.

A aculturação da medicina chinesa no Ocidente é processo em desenvolvimento, iniciado há cerca de quarenta anos e aparentemente com um longo percurso futuro. Sua disseminação ocorreu como parte de um conjunto de transformações sociais de abrangência mundial denominado contracultura. Esses movimentos e revoluções sociais do final da década de 1960 contribuíram significativamente para o ressurgimento de diversas culturas de saúde e para o crescimento do uso de novas práticas terapêuticas (Souza, 2004; Luz, 1997; Campbell, 1997). Houve então o início de gradual inserção da medicina chinesa na sociedade civil e nas instituições de saúde de países ocidentais, caracterizando uma ruptura com o padrão anterior, de atividade quase restrita às colônias de imigrantes asiáticos.

O desenvolvimento da medicina chinesa pode ser apresentado em três etapas. Na primeira, durante o final dos anos 1960 e toda a década seguinte, presenciamos movimentos de contestação e ataques às estruturas sociais vigentes, concomitantes à ‘importação’ de culturas alternativas. O Ocidente foi invadido por práticas artísticas, religiosas e terapêuticas das mais diversas culturas, que trouxeram diferentes visões de mundo e da humanidade.¹ Naquele momento, a medicina chinesa surgiu como mais um instrumento de transformação social e construção de uma sociedade renovada e, como tal, enfrentou resistências por parte do *status quo*, tendo sido qualificada, por exemplo, como panaceia mística, superstição e charlatanismo, principalmente por médicos e instituições da área da saúde no Brasil (Nascimento, 1997).

A segunda etapa, mais intensa durante a década de 1980, caracterizou-se pelo processo de mercantilização das práticas contraculturais. Naquele momento, a medicina chinesa obteve maior aceitação no âmbito da sociedade civil, e teve início a criação de novos produtos e serviços de saúde. A ideologia contracultural perdeu sua força.

O terceiro passo foi extensão do segundo. Uma vez que as práticas de saúde não mais participavam do movimento de formação de uma ‘sociedade alternativa’, elas se submeteram aos instrumentos de regulação social e de mercado. Teve início o processo de institucionalização da medicina chinesa, mediante a formação de instituições educacionais, corporações, associações, conselhos e legislações profissionais, todos em busca de seu espaço na sociedade, incluindo demanda de reconhecimento ou mesmo inserção nos sistemas nacionais de saúde.

Durante o período de institucionalização, os profissionais de saúde dos países ocidentais, como médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas, mudaram sua orientação política e passaram a disputar, entre si e também com os acupunturistas², o direito de utilizar a medicina chinesa como especialização de suas práticas terapêuticas.³ Esse conflito de campo, no sentido do conceito proposto por Bourdieu (1994), resultou em distintas configurações e várias proibições nos países ocidentais, no que diz respeito à formação e atuação desses novos profissionais de saúde.

Essas etapas de desenvolvimento e a disputa de campo podem ser generalizadas para todas as “terapias alternativas ou complementares” (Souza, 2004). Nota-se, porém, que, entre a diversidade de novas práticas, algumas foram incorporadas de forma mais estruturada às culturas ocidentais. É o caso da medicina chinesa, que especialmente por meio da acupuntura, uma de suas práticas terapêuticas mais difundidas, estabeleceu fortes raízes no mundo ocidental.

Um resumo da história da medicina chinesa

Os conflitos decorrentes do processo de 'importação' e aculturação de um sistema médico exógeno nos países ocidentais resultaram em distintas configurações institucionais, conforme os poderes dos atores e das instituições envolvidas, tais como as associações e os conselhos profissionais; as características das leis trabalhistas e educacionais; o sistema nacional de saúde; a história prévia da imigração de orientais; e as instituições de pesquisa, construção e legitimação do conhecimento, entre outros.

A questão da disputa entre categorias profissionais pelo direito ao exercício é apenas um aspecto de um conflito de múltiplas dimensões. Há também a disputa pelo modelo de medicina chinesa que deve prevalecer. A atual ascensão da República Popular da China no cenário mundial parece reforçar o desenvolvimento das práticas de saúde da racionalidade médica chinesa em escala mundial, tendo a escola medicina tradicional chinesa como modelo de padronização, segurança e eficácia. Em oposição a esse modelo hegemônico, encontram-se os defensores da medicina clássica chinesa. Para compreendermos o que está em conflito nessa dimensão é necessário apresentar uma síntese de sua história.

A medicina chinesa é um vasto campo de saberes e práticas que aparenta, ao leigo, alto grau de homogeneidade. Um olhar minucioso, porém, revela considerável heterogeneidade. Em seu aspecto positivo, a diversidade enriquece o campo, mas no negativo é fonte de tensões e conflitos que definem algumas fronteiras internas (Souza, 2008; Nascimento, 2006).

De acordo com o sinólogo Unschuld (1985, 1986), a medicina clássica chinesa foi sistematizada durante a dinastia Hàn (漢) (206 a.C.-220). Houve, no período, uma síntese de concepções cosmológicas e sociológicas dos chamados filósofos chineses com outras específicas do saber médico, originando a racionalidade médica chinesa, assim definida por Luz (2000, p.182):

um constructo lógico e empiricamente estruturado em seis dimensões (cosmologia, doutrina médica, dinâmica vital, morfologia, sistema diagnóstico e sistema terapêutico), tendendo a constituir-se ou pretendendo constituir-se em sistema de proposições "verdadeiras" verificáveis de acordo com procedimentos racionais sistemáticos, (preferencialmente os da racionalidade científica) e de intervenções eficazes em face do adoecimento humano.

Na dimensão cosmológica destacavam-se, do *Dào Dé Jīng* (道德經)⁴, as noções de *Dào* (道)⁵, o caminho; *Yīn* (陰) e *Yáng* (陽), as forças femininas e masculinas. A noção de *Dào* refere-se a percurso para a vida microcósmica (individual e social) e macrocósmica (natureza). Pensava-se haver um percurso espontâneo para a vida e sua busca era considerada pré-requisito para a saúde (Souza, 2008). Por sua vez, as noções de *Yīn* e *Yáng*, tidas como opostos complementares, referem-se à estrutura e ao modo de funcionamento do cosmo e do corpo humano, tido como um microcosmo operando à imagem e semelhança do macro. Nesse modelo, pressupõe-se que o corpo humano siga a alternância entre *Yīn* e *Yáng* do cosmo, a fim de alcançar um estado de harmonia.

O *Dào Dé Jīng* influencia todas as dimensões da racionalidade médica chinesa. Por exemplo, na dimensão dinâmica vital, pensa-se *Qì* (氣), a força vital, e *Xuè* (血), o sangue,

como um par de opostos a ser harmonizado. Porém, destacamos a especial influência sobre a dimensão da doutrina médica, que assume a noção de saúde como harmonia, similar ao *Dào Dé Jīng*.

Assim, em consonância com o modelo cosmológico elaborado no *Dào Dé Jīng* e em outros livros clássicos como o *Yì Jīng*⁶ (易經), o Livro das Mutações, os autores dos primeiros cânones da medicina clássica chinesa, *Huáng Dì Nèi Jīng* (黃帝內經) (300 a.C.-100 a.C.), o Livro do Imperador Amarelo, e *Nàn Jīng* (難經) (100 a.C.-100), o Clássico das Dificuldades, elaboram as outras dimensões da racionalidade médica. Antes de apresentarmos alguns aspectos dessas dimensões, é necessária uma elaboração mais detalhada de outras concepções fundamentais da medicina clássica, ainda referentes a sua dimensão cosmológica (Unschuld, 2003a, 2003b).

Foi no período do Livro do Imperador Amarelo que a concepção de *Qì* se tornou um dos fundamentos da racionalidade médica, assumindo a função de força conectiva entre órgãos e vísceras, integrando os seres individuais e, ainda, conectando-os ao cosmo. A força vital *Qì* operaria por correspondência qualitativa, conforme as leis das *Wǔ Xíng* (五行), cinco fases que explicam as diferenciações do *Qì* em sua constante alternância entre as polaridades *Yīn* e *Yáng*. Segundo esse modelo, sistemas que estiverem na mesma fase responderão a estímulos feitos em qualquer ponto da fase. Esse 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, *Hǔo* (火).

Barsted (2003, p.28) observa que o funcionamento desse modelo fundamenta-se, em concepção não explícita, nos clássicos da medicina, a qual, portanto, não é considerada por Unschuld (1985). Em sua obra analisa os textos de *Huái Nán Zǐ*⁷ (淮南子) (século II a.C.), em busca desse elemento primário da doutrina. *Gǎn Yīng* (感應), estímulo ressonância, seria a concepção que explica as correspondências qualitativas ao propor que fenômenos da mesma qualidade partilham o mesmo *Qì* e, portanto, se afetam mutuamente. Pregadio (2003, p.56) confirma essas percepções sobre a centralidade da noção de *Gǎn Yīng*:

O cosmo, 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 desses domínios poderá ser relevante nos outros. Isso é determinado pelo princípio da ressonância, *Gǎn Yīng* (感應), que traduzido literalmente seria o “impulso e a resposta”, pelos quais as coisas pertencentes à mesma classe ou categoria, *Lèi* (類), se influenciam. O ritual, por exemplo, restabelece a conexão original entre os seres humanos e os deuses, e um homem real (*Zhēn Rén* [真人]) ou um santo (*Shèng Rén* [聖人]) beneficiam toda a comunidade humana em que vivem por seu alinhamento com as forças que regulam o cosmo. Por outro lado, um soberano que ignore os presságios dos céus traz calamidades e distúrbios sociais.⁸

Pregadio (2003, p.406) considera o *Huái Nán Zǐ* o texto que mostra explicitamente as relações entre as noções cosmológicas de *Yīn* e *Yáng*, de *Wǔ Xíng*, cinco fases, e de *Gǎn Yīng*, estímulo ressonância, sendo a última essencial para compreender o pensamento analógico que integra todos os níveis do cosmo.

É nesse cenário cosmológico que os textos médicos são desenvolvidos. Neles se percebe a integração de diversas concepções num modelo coerente, em que a teoria dos meridianos

(Jīng Mài [經脈]) e dos órgãos e vísceras (Zàng Fǔ [臟腑]) passam a constituir o núcleo das dimensões da morfologia e da dinâmica vital. Na dimensão da doutrina médica, a teoria dos fatores patogênicos passa a ser a principal forma de explicar o adoecimento. A prática da acupuntura aparece integrada a esse modelo.

De acordo com a doutrina médica da medicina clássica, o ser humano adocece por três classes de fatores: os patogênicos externos, os internos e aqueles que não são externos nem internos. Os fatores patogênicos externos, também chamados de fatores climáticos, são o vento, o calor de verão, o fogo, o frio, a umidade e a secura. Pensava-se o corpo humano como um microcosmo da natureza, que poderia ser atacado por ‘excessos’ de determinado tipo de força vital da natureza. Assim, um sujeito atacado por vento poderia manifestar em seu corpo diversos sinais, como convulsões, tontura, contrações musculares ou paralisia, entre outros. O vento era considerado um dos principais fatores patogênicos, posto que capaz de servir de veículo para os outros, conferindo-lhes o poder de penetrar a chamada força vital defensiva, Wèi Qì (衛氣). Assim, um sujeito poderia ser invadido por vento-calor e manifestaria sintomas como febre, espirros, tosse e outros, semelhantes ao que a biomedicina⁹ poderia considerar ‘gripe’. Dessa forma, a medicina clássica considerava que o adoecimento poderia estar relacionado a fator externo. Havia a noção de invasão e expurgo de fatores patogênicos, sem nenhum caráter microbiológico. Tratava-se essencialmente da adaptação do corpo às forças do cenário natural. A impossibilidade de adaptação levaria o corpo a um excesso oriundo do exterior.

A próxima classe de fatores patogênicos, os internos, refere-se primariamente às emoções. A medicina chinesa apresenta um modelo de funcionamento do conjunto mente-emoções, denominado Xīn, o coração-mente, em que determinado tipo de emoções seria gerado pela atividade da força vital nos órgãos do corpo humano, podendo ser enfermidades em caso de atividade excessiva ou da incapacidade organizativa do sistema coração-mente perante seu surgimento. As emoções consideradas eram sete: medo, pânico, raiva, preocupação, alegria (excitação excessiva), tristeza e melancolia. Cada uma delas seria gerada em um órgão e estaria associada a uma das cinco fases, Wǔ Xíng. Convém salientar que as emoções seriam capazes de gerar problemas fisiológicos, e o modelo explica a forma como isso ocorreria. Por exemplo, as emoções tristeza e melancolia são associadas à fase metal e, portanto, seriam geradas e afetariam primariamente o órgão representante dessa fase, os pulmões. Um excesso não elaborado dessa emoção poderia converter-se no fator climático associado, a secura, e depositar-se nos pulmões, gerando sintomas como tosse seca. Em situações desse tipo, o médico dessa racionalidade poderia adotar terapêutica fundamentada no expurgo da secura dos pulmões e na reconstituição de seu Yīn, fluidos internos.

Finalmente, a última classe de fatores patogênicos refere-se primariamente à constituição de hábitos singularizados, relacionados à alimentação, ao sono e à sexualidade (alimentação imprópria, excesso de trabalho e indulgência sexual). Pensava-se que a seleção e o preparo de alimentos adequados às constituições individuais dos sujeitos fossem fatores essenciais para o desenvolvimento da força vital, bem como a manutenção de balanço adequado entre atividade e sono. Considerava-se também que a condução inadequada da vida sexual poderia debilitar o organismo a ponto de torná-lo mais vulnerável aos outros tipos de fatores patogênicos (Souza, 2008).

Dessa forma, para manter o ser humano saudável a medicina clássica propunha atuar sobre esses três tipos de fatores e utilizava para isso um conjunto de práticas terapêuticas: (a) a acupuntura e moxibustão; (b) a terapia medicamentosa (vegetais, animais e minerais); (c) a dietética; (d) as massagens (podendo incluir as práticas de transmissão de Qi; (e), Qi Gōng (氣功), exercícios de cultivo e circulação da força vital, entre outras. Deve-se salientar que a gênese das enfermidades, em termos gerais, era pensada via interação da capacidade adaptativa do ser individual com os ciclos da natureza, fundamentada nas concepções cosmológicas que têm no homem e no cosmo um conjunto integrado pela força vital Qi.

Características da racionalidade médica, as práticas terapêuticas integravam-se a outras dimensões. Na morfologia, o modelo dos 12 oficiais referia-se ao funcionamento dos órgãos e vísceras, Zàng Fǔ. Pensava-se haver 12 órgãos e vísceras principais no corpo humano, cada um cumprindo funções em três níveis: fisiológico (material), vital e mental-emocional. Algumas funções fisiológicas são coerentes com a racionalidade biomédica. Nesse sentido, por exemplo, aos rins caberia a função de ‘governar as águas’, o que inclui a formação e excreção da urina. Outras, porém, são funções estranhas à biomedicina, como ‘produzir a medula óssea’ e ‘controlar os ossos’. No nível vital, os rins seriam responsáveis, entre outras tarefas, por controlar o sentido da audição. Em caso de debilidade na força vital dos rins, poderia ocorrer como sintoma um ‘zumbido no ouvido’. No nível mental-emocional, os rins gerariam e harmonizariam o medo e a força de vontade.

Assim, quando a medicina clássica chinesa se refere ao Shèn (腎), devemos lembrar, como observa Barsted (2003), que não se trata exatamente dos rins conforme compreendidos pela biomedicina. A própria noção de órgãos é diferente, pois associa funções fisiológicas (materiais), vitais e mentais-emocionais (imateriais) a uma parte do corpo material.

Vejamos na Figura 1 a representação desse modelo. O tronco humano é representado com seus órgãos principais. Percebem-se a coluna vertebral e os rins na região inferior, e o coração e os pulmões na região superior. Os animais no abdômen representam os ‘espíritos orgânicos’, as funções mentais-emocionais associadas aos órgãos. A serpente representa parte dos espíritos orgânicos dos rins, ilustrada logo abaixo deste.

Em outra dimensão da racionalidade médica, a dinâmica vital, a medicina clássica estabelece o modelo dos canais e vasos, Jīng Mài. Pensava-se haver trajetos preferenciais que a força vital Qi percorria no corpo humano, cumprindo funções de circulação, integração e acúmulo. Utilizavam-se imagens da natureza como analogias. A função de circulação e integração era análoga aos rios; a de acúmulo, aos dos lagos. Ainda nesses trajetos, denominados meridianos nas línguas ocidentais, encontravam-se os pontos de acupuntura pensados como Xué (穴), cavernas em que a força vital se concentraria, que davam acesso às funções e ao trajeto do meridiano se estimulados de alguma forma, usualmente por calor (moxibustão) ou agulhas (acupuntura).

A Figura 2 mostra um meridiano especial denominado Rèn Mài (任脈), vaso concepção, em cujo trajeto estão destacados os pontos de acupuntura, com sugestivos nomes de suas funções fisiológicas, terapêuticas ou posições anatômicas. Esse meridiano estaria associado às funções regidas pela força Yin no corpo humano, como as funções do útero na mulher, incluindo o processo da gestação.

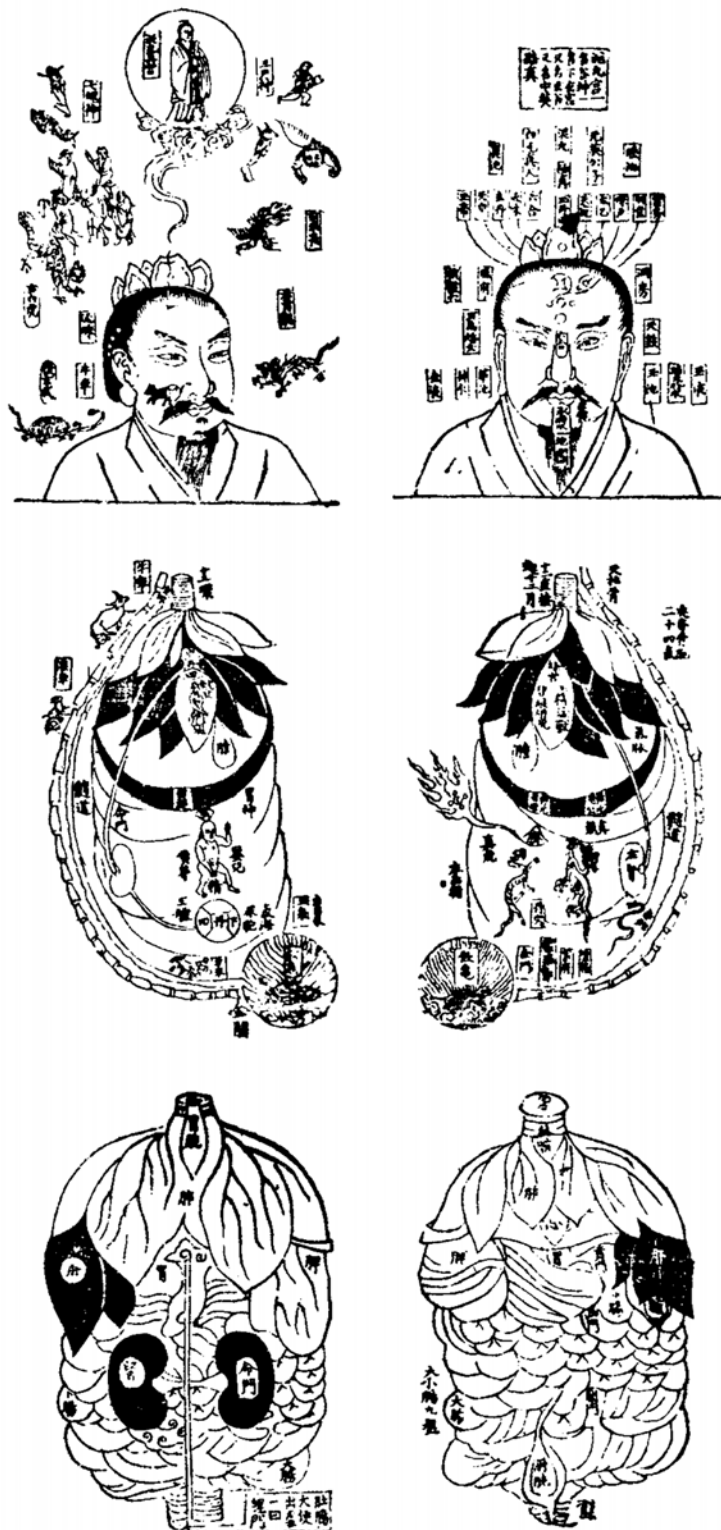


Figura 1: Representação do tronco humano datada do século X, de texto intitulado “Os dez livros para o cultivo da perfeição” (Pregadio, 2003, p.77)

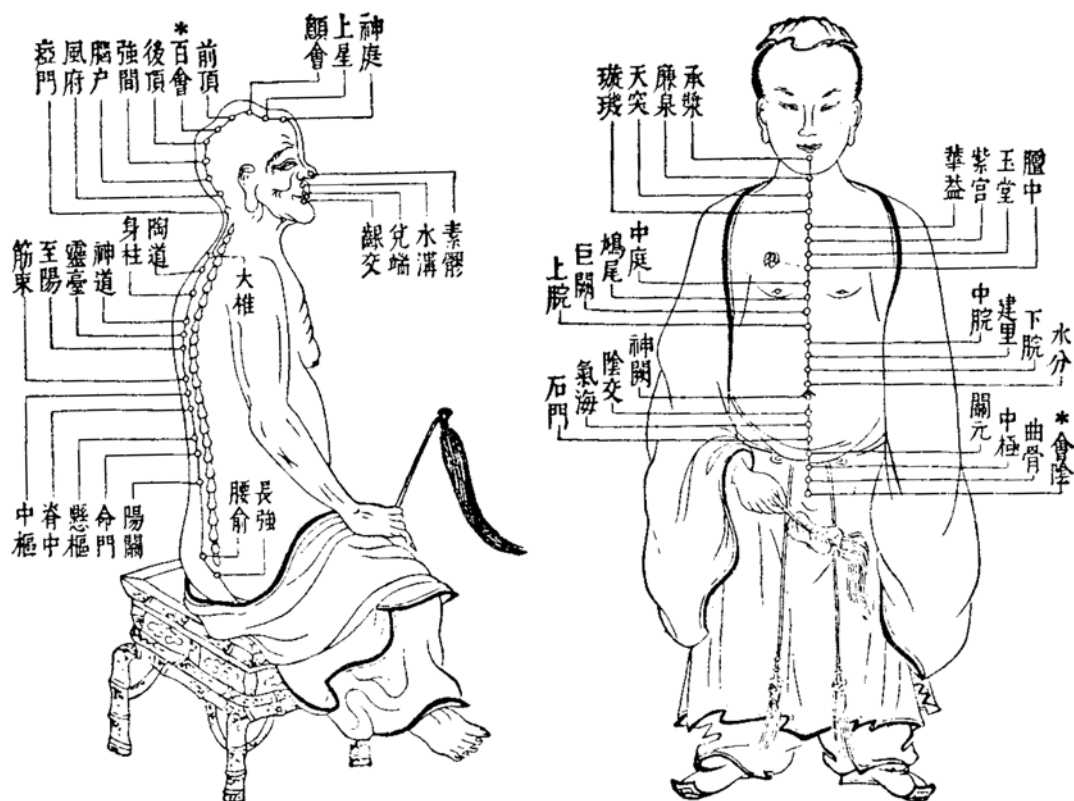


Figura 2: Representação de um meridiano (Pregadio, 2003, p.390)

Assim, ao final da dinastia Hân estava sistematizada a racionalidade médica chinesa em sua fase clássica. Denominamos medicina clássica chinesa a medicina estruturada nesse período, em contraposição à medicina tradicional chinesa, que se consolidou após a revolução comunista na China. A medicina clássica permaneceu sem rupturas teóricas significativas até a formação da medicina tradicional chinesa. Durante esse período, de aproximadamente 17 séculos, ocorreu, segundo Unschuld (1985) e Birch (2002), o desenvolvimento sistemático do modelo clássico. Desenvolveram-se o mapa de pontos de acupuntura, com inclusão de novos pontos e elaboração de suas funções¹⁰; métodos de tratamento com acupuntura, moxibustão e ervas; e diversas linhagens de pensamento enfatizando diferentes aspectos da prática médica. Durante esse longo período, a medicina clássica chinesa foi exportada para outros países asiáticos, como o Japão, a Coreia e o Vietnã, nos quais se desenvolveram mais linhagens, com outras especificidades.

O declínio da medicina clássica teve início na dinastia Qīng (清) (1644-1912). Já sob influência da cultura ocidental, em expansão, os valores da cultura chinesa foram lentamente transformados pelos valores ocidentais. A queda do último imperador dessa dinastia marcou também o fim da Era Imperial, sendo instaurada em 1912 a República da China, cuja formação acelerou o processo de industrialização e modernização da nação, ainda imatura. Durante esse período o campo da medicina esteve em evidência, pois os dirigentes passaram a considerar a medicina chinesa importante exemplo de 'atraso' no

processo de desenvolvimento rumo à modernidade. A ciência e a medicina ocidentais passaram a ser valorizadas como parte do processo de modernização, e a medicina clássica a ser considerada um conjunto de crenças supersticiosas (Mí Xìn [迷信]), chegando a ser banida a partir de 1927, no governo de Chiang Kai-shek (Fruehauf, 1999; Barsted, 2003; Hsu, 1999). Sobre esse momento não seria exagerado afirmar que todas as concepções da medicina clássica aproximaram-se da extinção. Vejamos a postura política de Chén Dúxiù (陳獨秀), defensor da modernização da China, em 1919, e futuro secretário-geral do Partido Comunista Chinês:

Nossos estudiosos não compreendem a ciência; assim, fazem uso dos símbolos “yin-yang” e de crenças nos cinco elementos para confundir o mundo. Nossos médicos não compreendem a ciência: nada sabem sobre anatomia humana ou análise médica. Quanto a envenenamento bacterial e infecções, nunca ouviram falar a seu respeito. O ápice de suas ilusões delirantes é a teoria do Qi, que na verdade mais se aplica aos acrobatas e aos sacerdotes daoístas. Nós nunca compreenderemos este Qi, ainda que o procurando em todo o universo. Todas essas noções imaginárias e crenças irracionais podem ser corrigidas na raiz pela ciência, porque para explicar a verdade pela ciência temos que provar tudo pelos fatos (citado em Unschuld, 1985, p.247).¹¹

Analisando essa postura a partir da noção de racionalidade médica, o que ocorre nesse período é a negação da dimensão cosmológica da racionalidade, substituída pela visão de mundo ocidental moderna. Como a dimensão cosmológica confere suporte conceitual às demais dimensões, tal negação implica a dissolução da própria racionalidade. Afinal, não poderia haver medicina clássica sem noções tão fundamentais como Qi, Yīn e Yáng.

A reconstrução da medicina chinesa teve início após a revolução comunista de 1949. Tendo recebido suporte de Mao Tse-tung por motivos de saúde coletiva, econômicos e políticos, essa medicina teve representatividade no processo de construção da República Popular de China, uma vez que era objetivo de seus dirigentes resgatar parte da cultura tradicional criando uma síntese com a ciência e os valores modernos. A medicina decorrente dessa proposta de síntese foi denominada medicina tradicional chinesa. De acordo com Hsu (1999, p.7), ela é referida por diversos termos – tradicional, modernizada, científica, sistemática e padronizada –, que denotam de forma adequada seus valores estruturantes, elaborados mais minuciosamente por Barsted (2003, p.11):

A escola Traditional Chinese Medicine [Medicina Tradicional Chinesa] apresenta, nas principais obras traduzidas para línguas europeias, fortes traços positivistas e funcionalistas, marcados, entre outras coisas, por: (a) uma agregação anistórica de diferentes conceitos e práticas de medicina chinesa; (b) uma implícita preocupação 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, por exemplo, atribuir a ação da acupuntura ao sistema nervoso e denominar certas categorias fundamentais abstratas da medicina chinesa de “substâncias 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 no campo da medicina chinesa. Uma de suas características é a padronização, tendendo-se a suprimir a diversidade. Se na medicina clássica a integração de diversas práticas terapêuticas, singularizadas de acordo com a situação do paciente, era privilegiada, a nova escola tende ao isolamento de determinadas práticas e à criação de protocolos terapêuticos aplicados a condições genéricas. A noção de padronização torna-se diretriz para a clínica e para a pesquisa. De acordo com Fruehauf¹² (1999, p.6), essa escola monopolizou a prática da medicina chinesa na China continental e tornou-se modelo para sua expansão internacional.¹³

Uma vez que outra de suas características é a cientificação, tende a excluir ou ressignificar noções fundamentais ao corpo de saberes da medicina clássica, como Shén (神), termo que era usualmente traduzido por 'espírito' e nas escolas de medicina tradicional chinesa passou a identificar 'mente' ou atividades mentais. Uma parcela minoritária do campo considera essas diretrizes de desenvolvimento da medicina chinesa potencialmente problemáticas em diversos aspectos, estando a eficácia terapêutica entre eles. Defensores do retorno aos fundamentos clássicos da medicina chinesa, como Fruehauf (1999), acreditam na necessidade de resgatar valores e concepções dos tempos clássicos para que a medicina chinesa possa atuar com potencial maximizado. Consta entre esses valores a noção de medicina como caminho de desenvolvimento para o praticante, algo que envolveria, por exemplo, expansão da saúde, habilidade e conhecimento do médico através das práticas de Qì Gōng; exercícios de cultivo e circulação da força vital; e utilização de medicamentos (vegetais, animais ou minerais) para promoção da saúde. Acreditam também que a apreensão completa da medicina chinesa requer certo grau de desenvolvimento interno, graças ao qual os sentidos do praticante se refinam junto com sua vitalidade, para que ele possa afinal compreender a força vital do outro (paciente). Fruehauf (1999) tem notável inserção no campo da medicina chinesa, sendo porta-voz de um movimento que inclui praticantes e acadêmicos chineses e ocidentais, os quais, nesse sentido, representam oposição às diretrizes da escola Medicina Tradicional Chinesa tanto na China quanto no mundo ocidental, pois compreendem que a cisão estabelecida a partir da formação dessa escola tem escala mundial.

No campo atual da medicina chinesa, portanto, há disputas pelo direito ao exercício entre classes de profissionais (médicos ocidentais, profissionais de saúde fundamentados na biomedicina e acupunturistas), bem como disputas pela autoridade de saber (medicina chinesa 'científica' *versus* medicina clássica). Uma parcela desse campo questiona se a cientificação da medicina clássica produziu um 'modelo melhor' de medicina chinesa. É sobre essa questão que efetuamos nossa análise.

O cenário atual da pesquisa em medicina chinesa

No contexto desse espaço de disputas é relevante uma análise sobre as formas de legitimação do conhecimento no campo e o papel exercido pela pesquisa científica.

Segundo Patel (1987)¹⁴, a aceitação das chamadas medicinas alternativas¹⁵ pelas instituições de saúde hegemônicas depende sobretudo do resultado de sua avaliação por critérios

científicos. Na primeira década deste século, autores como Birch (2003a)¹⁶ e Lewith (2003)¹⁷ consideraram que o campo da acupuntura envolveu-se apenas periféricamente com a ciência no Ocidente, sendo necessário maior empenho nas pesquisas para que ela se torne parte integrada do sistema de saúde hegemônico (Birch, 2003a, p.29). Conforme esses autores, tais pesquisas devem ser capazes de “discriminar dogmas de conhecimentos verdadeiros”, a fim de “melhorar a eficácia dos tratamentos e os cuidados com os pacientes” (LeWITH, 2003, p.82). Consideram insatisfatórias as pesquisas realizadas até o momento e salientam que a pesquisa em medicina chinesa é desafio metodológico (Birch, 2003b, p.207).

A partir dessa avaliação, Birch (2003a) sugere diversos tipos de pesquisa que considera úteis ao campo, incluindo propostas de desenho de projetos, colaboradores e financiamento necessários. Reproduzimos na Tabela 1 apenas os tipos a que o autor se refere.

Tabela 1: Classificação das pesquisas

| 1. Estudos gerais | 2. Estudos especializados |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1. Sobre a natureza da prática (estudos da literatura) | 2.1. Confiabilidade e validade dos diagnósticos e tratamentos |
| 1.2. Demográficos (<i>surveys</i>) | 2.2. Desenvolvimento de ferramentas para avaliar resultados |
| 1.3. Resultados clínicos | |
| 1.4. Efeitos adversos | |
| 3. Testes clínicos controlados | 4. Estudos de laboratório |
| 3.1. Em serviços de saúde (pragmático) | 4.1. Estudos de mecanismo de ação (em animais ou humanos) |
| 3.2. Econômicos (pragmático) | 4.2. Explorações da teoria tradicional (p. ex. mensuração de pontos e meridianos) |
| 3.3. Pesquisas de eficácia comparada (pragmático) | |
| 3.4. Estudos com controle de grupo placebo para examinar efeitos específicos (explicativo) | |

A tipologia de Birch (2003a) é um ponto de partida para análise de alguns casos exemplares, a partir dos quais formulamos questões. O primeiro é a discussão de Kaptchuck¹⁸ (2000) sobre testes clínicos controlados.¹⁹ No capítulo intitulado “O encontro científico com as medicinas do leste asiático: eficácia e eventos adversos”, o autor apresenta análise sobre estudo realizado na Universidade de Sydney, Austrália, no final dos anos 1990 (Bensoussan et al., 1998). Já na apresentação, qualifica o estudo de sofisticado e “capaz de respeitar totalmente o diagnóstico e a terapêutica da medicina chinesa” (Kaptchuck, 2000, p.369). Como metodologia, o estudo utilizou protocolo duplo-cego para avaliar a eficácia terapêutica do tratamento com fitoterápicos chineses aplicados em 116 pacientes com ‘síndrome do cólon irritável’. Os pacientes foram organizados em três grupos: o primeiro recebeu tratamento placebo; o segundo, uma formulação fitoterápica padronizada²⁰; e o terceiro, prescrição individualizada de fitoterápicos.²¹ O autor assim descreve o resultado obtido:

Comparado com os do grupo placebo, os pacientes dos grupos de tratamentos ativos obtiveram melhora significativa em todas as medições 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

14 semanas, ao final das quais só os pacientes que receberam fórmulas individualizadas mantiveram as melhoras obtidas (p.369).

O segundo estudo exemplar, dirigido por Cho (Cho, Wong, Hong, 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 exemplo bem-sucedido de ‘interdisciplinaridade’ (Kim, 2000), por ter construído resultados positivos em todos os grupos envolvidos: dos acupunturistas, dos neurologistas e dos especialistas em imagens (ressonância magnética).

O modelo esquemático do estudo implicou: (1) selecionar pontos de acupuntura que, segundo os textos clássicos da medicina chinesa, 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 às funções da visão, com intensidade semelhante ao estímulo luminoso; (b) o estímulo do ‘ponto falso’ não provocou atividades no cérebro. Esse conjunto de informações, fornecido por estudo de laboratório explorando as teorias tradicionais²², levou os pesquisadores a concluir que pontos de acupuntura podem ter ações específicas.

A partir desses dois exemplos, permitimo-nos alguns comentários a respeito de uma questão básica: quais são os atores do campo da saúde e da medicina chinesa que formulam as necessidades e diretrizes de pesquisa em acupuntura, nos países ocidentais? Essa pergunta pode ter resposta imediata na perspectiva das ciências duras e mesmo das instituições e sistemas de saúde, para quem as questões de eficácia, terapêutica e economia são de importância primária. McPherson²³ (2000, p.97) apreendeu com precisão esse 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)”.

Essa 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 dessa 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, decretou-se 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 (Biàn Zhèng [辨證]) teria que ser completamente substituído pela diagnose alopática (Biàn Bìng [辨病]). De acordo com essas diretrizes, pesquisas sobre uma fórmula constitucional de múltiplos propósitos como o “pó para as quatro extremidades frígidas”, por exemplo, deverão ser conduzidas e anunciadas no contexto de

categoria diagnóstica, única, “colecistite”. A pesquisa sobre a racionalidade da teoria tradicional dos medicamentos é reduzida a 10% da proposta, enquanto a que se orienta às doenças ocupa 70% (Fruehauf, 1999, p.10).

Finalizando, convém salientar que o cenário mais recente parece não mostrar avanços na questão metodológica. Birch (2007) analisa estudos realizados na Alemanha entre 2003 e 2007, que lhe parecem constituir até então a maior pesquisa no campo da acupuntura fundamentada em ensaios clínicos controlados (p.12).

Acredito que o modelo utilizado para essas pesquisas possibilita interpretações contraditórias. Parece que alguns ou todos os estudos sofreram problemas com o treinamento adequado dos acupunturistas, com a adequação dos tratamentos e com o uso de formas de placebo inválidas ou não testadas ... é difícil generalizar os resultados desses estudos fora do contexto da prática da acupuntura como terapia complementar à prática médica (p.16).

Crítica às diretrizes de pesquisa

É sobre esse cenário de pesquisa que elaboramos, nas seções a seguir, uma crítica às diretrizes e formas de pesquisa em medicina chinesa. Antes de iniciá-la, posicionamos o leitor quanto à abordagem disciplinar do objeto, pois essa crítica se dirige a um método hegemônico de validação de conhecimento no campo da saúde, método esse pertinente à racionalidade biomédica, que, visto a partir dessa mesma racionalidade, não parece apresentar problemas suficientes para ser criticado. É parte integrante e coerente do paradigma vigente.

Abordamos o objeto partir de dois ramos da sociologia, o da saúde e o da ciência, para os quais as formas de produção e validação de saberes em uma sociedade são construções sociais, portanto sujeitas a mudanças (Santos, 1987, 2000). Nesse contexto, a questão pertinente é: uma forma comum de validar saberes em saúde de uma sociedade é imediatamente aplicável a saberes exógenos? Pretendemos evidenciar os danos que podem ocorrer ao se evitar refletir sobre essa questão, aceitando como óbvia uma resposta positiva.

Convém salientar que a crítica não pretende invalidar o valor do método ou da ciência, mas apenas evidenciar certos limites. Tal postura é comum ao campo das ciências humanas, mais especificamente os da sociologia e antropologia da ciência ou da epistemologia (Santos, 1987, 2000; Camargo Jr., 2004). Ressalte-se também a similaridade de abordagem do problema por parte de praticantes de medicina chinesa e de teóricos do campo das ciências humanas, pois, como postula Kaptchuck (2001, p.547), em artigo no qual questiona os limites e a imparcialidade do ensaio clínico controlado, “a não ser que estejamos conscientes das limitações potenciais de uma metodologia de pesquisa, a atividade científica pode tornar-se um ritual mecânico.”

Com clareza de nossos referenciais teóricos e abordagem disciplinar, prosseguimos com a crítica. De acordo com o exposto, parece que, na atualidade, a medicina chinesa busca na ciência um caminho para legitimação. Ao adequar-se à forma científica de produção de conhecimento, porém, pretere a pesquisa sobre os fundamentos de sua racionalidade. Conforme observamos nos temas de pesquisa propostos por Birch (2003a), 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 a mesma tendência ocorre na China continental.

Na opinião de muitos de meus professores orientados pelos clássicos, bem como na minha, estamos vendo severa erosão de seus valores ... devido a prioridades de mercado, nenhum dos numerosos jornais de medicina tradicional chinesa se empenha em publicar [matérias] sobre os fundamentos filosóficos da medicina chinesa. Ainda, o governo não provê recursos financeiros para a pesquisa sobre os textos clássicos, que constituíam tópico de especialização até 1988, e não são permitidos projetos de pós-graduação que só envolvam a teoria da medicina chinesa.

Desse modo, salientamos a existência de uma 'agenda de pesquisa', liderada e desenvolvida por uma parte do campo da medicina chinesa, mais próxima das instituições hegemônicas de produção de saberes ocidentais e chineses, cujo princípio diretor se baseia na tentativa de responder a questões de eficácia terapêutica relativas ao tratamento de 'doenças' (McPherson, 2000; Sherman²⁴, 2004) ou de 'comprovar' a possibilidade de 'funcionamento' da acupuntura com base em categorias biomédicas (Cho, Wong, Hong, 2001). Essa agenda parece não despertar interesse de outra parte do campo, representada por terapeutas que têm por prioridade a atividade clínica e fundamentam o processo de avaliação de sua intervenção terapêutica em interpretação de 'sinais'.²⁵

De fato, pode-se formular uma questão acerca dos estudos exemplificados: pelo olhar de um praticante, qual seria a contribuição deles para a atividade clínica? A resposta parece estar implícita. A imposição dos critérios de validação de conhecimento da biomedicina sobre a medicina clássica chinesa implica um conjunto de consequências: a classificação de doenças como forma prioritária de diagnose; a criação de terapêuticas padronizadas, com fármacos e pontos de acupuntura pré-selecionados e fixos para cada doença; e a avaliação da terapêutica com base na mensuração objetiva de dados, usualmente colhidos por instrumentos de alta tecnologia (por exemplo, a variação da carga viral). Segundo Fruehauf (1999, p.13), esse conjunto se opõe à forma clássica, segundo a qual o terapeuta se baseia no sistema diagnóstico de determinação de padrões de desarmonia, com base na interpretação de sinais colhidos na língua e no pulso (entre outros locais); prescreve tratamentos singularizados para cada paciente; e utiliza ampla variedade de práticas terapêuticas, tais como fármacos, acupuntura, massagens, exercícios de circulação da força vital (Qì Gōng), dietética, práticas de emissão de Qì e força vital do terapeuta para o paciente. A prescrição dessas práticas é bastante flexível, variando com a evolução do quadro de desarmonia. Em alguns sistemas de acupuntura, a utilização dos pontos varia conforme a hora de aplicação e a estação climática em relação ao padrão de enfermidade. A avaliação da terapêutica é fundamentada na composição das sensações de bem-estar do paciente com a variação dos sinais clínicos mencionados.

Compreendemos então 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 quanto a essa validação. Construimos a seguir uma crítica a esse pressuposto, fundamentada

na análise dos problemas decorrentes da imposição do modelo científico à medicina clássica, bem como na análise de evidências que apontam suas deficiências, usualmente pouco observadas. Percebemos em Camargo Jr. (2004) concordância com nossa postura: “Para compreender de fato outra racionalidade médica, é necessário aprender a pensar como um praticante dela, um ‘tornar-se nativo’ ... 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”.

Torna-se, portanto, conveniente retornar ao primeiro estudo aqui exposto, pois ele nos fornece elementos para a análise. Kaptchuck (2000, p.369) inicia sua avaliação enunciando ser o teste “capaz de respeitar totalmente a medicina chinesa”. Essa afirmação merece atenção, pois o critério de seleção do grupo inicial foi uma categoria de ‘doença’ exclusiva da racionalidade biomédica (síndrome do cólon irritável). Caso expuséssemos o grupo a um herborista chinês, que as teria diagnosticado conforme a racionalidade médica chinesa, provavelmente ele não observaria sinais comuns suficientes para enquadrar as 116 pessoas em um mesmo grupo. Ou seja, a possibilidade de realizar um ensaio clínico randômico controlado resulta da utilização de categorias biomédicas, as quais, sob a perspectiva da medicina clássica, não viabilizariam a constituição de um grupo de pacientes com igual problema de saúde. Portanto, pensamos que o modelo do estudo não respeita totalmente a medicina chinesa, posto que agrupa sujeitos e mensura resultados a partir de categorias biomédicas.

Apesar disso, os resultados merecem outras observações. Embora tenha sido um estudo híbrido, em que as noções de duas racionalidades médicas foram misturadas para a execução de um método de mensuração de eficácia externo à racionalidade chinesa, ele nos possibilita comparar o resultado terapêutico de um modelo de tratamento híbrido com outro, mais próximo do modelo clássico. Ora, ao considerarmos um grupo de tratamento cujo terapeuta não pode interferir na formulação, estamos limitando suas possibilidades terapêuticas em nome da padronização – substâncias e medidas iguais para todos. Por sua vez, o outro grupo ativo nos mostra a possibilidade de adequar substâncias e medidas de acordo com a singularidade dos sujeitos, sendo que o resultado final indica que “apenas os pacientes que receberam fórmulas individualizadas mantiveram as melhoras obtidas” (Kaptchuck, 2000, p.369; Bensoussan et al., 1998, p.1588).

Logo, num experimento condicionado, em que o método (ECRC), a definição de enfermidade (síndrome do cólon irritável) e os parâmetros para avaliação de eficácia foram determinados pela racionalidade biomédica, foi possível comparar uma terapêutica padronizada com outra singularizada, na qual a composição da fórmula foi adequada a cada sujeito de acordo com o padrão de desarmonia apresentado, segundo critérios de diagnose da medicina chinesa. Nesse cenário, destacamos que o resultado foi favorável à prática terapêutica que respeitou valores internos da medicina clássica chinesa, como a singularização do composto de fármacos a partir dos critérios diagnósticos da própria racionalidade, em oposição à prática que incorporou valores externos, como a padronização dos fármacos a partir das definições do sistema diagnóstico biomédico (síndrome do cólon irritável) (Kaptchuck, 2000, p.369).²⁶

Portanto, se as informações que fazem a terapêutica mais eficaz – mesmo sendo mensurada por concepções biomédicas – são obtidas a partir de sinais intrínsecos da racionalidade médica chinesa, podemos retornar à questão sobre a contribuição desse tipo de estudo para a atividade terapêutica da medicina chinesa. Pensamos que o exemplo evidencia a deficiência de um método científico, deficiência essa pouco salientada, pois diante da situação descrita devemos nos questionar: por que investir nesse método? Por que investir nas diretrizes da ‘agenda de pesquisa’?

Considerações finais

O exemplo considerado evidencia a incerteza quanto às possibilidades de a ciência e a biomedicina contribuírem para o aperfeiçoamento da terapêutica na medicina chinesa, desafiando as pretensões de um projeto que teria como pressuposto a obviedade de a ciência ser um fator de evolução, aperfeiçoamento ou segurança no desenvolvimento dessa medicina. Em concordância com Santos (1987, p.52), pensamos ser esse pressuposto uma autoavaliação da ciência, um juízo de valor sobre a melhor forma de compreender a realidade que levou à exclusão e marginalização de outros saberes, tendo resultado, nesse caso, em deterioração da eficácia dos saberes e das práticas originais. Nessa situação específica, os saberes excluídos pela imposição de métodos e concepções científicas como um imperativo global compõem parte de um corpo de saberes e práticas que articula sinais e informações clínicas a partir de racionalidade própria. Logo, o exemplo evidencia também que o hibridismo de concepções ou a imposição de métodos de avaliação podem ter caráter danoso. É sobre esse aspecto que elaboramos as considerações a seguir.

Ora, os exemplos e as citações aqui exploradas nos mostram como esse processo ocorre. O pesquisador depara com um cenário em que os enfermos recebem diversos e simultâneos estímulos terapêuticos, como massagens, acupuntura, fármacos diversos, ingestão de alimentos específicos e práticas de exercícios corporais. Nessa situação, sujeitos com manifestações aparentemente distintas podem receber estímulos terapêuticos semelhantes, e sujeitos com manifestações semelhantes, estímulos terapêuticos distintos.²⁷ Qual seria a saída mais simples, do ponto de vista do método? Categorizar a doença comum e definir um estímulo terapêutico padronizado. Como sugere Fruehauf (1999, p.10), tenta-se avaliar a eficácia de uma formulação fitoterápica de amplo aspecto terapêutico sobre uma doença específica (colecistite). Logo, eliminam-se diversas possibilidades de uso terapêutico da fórmula, pois se apreende, ou se valida apenas sua capacidade de combater a enfermidade definida.

Notamos que a imposição de concepções que se pretendem universais, tais como ‘doença’ ou ‘síndrome do cólon irritável’, pode induzir sobrevalorização de aspectos da terapêutica imediatamente relacionados à cura das doenças, subvalorizando, simultaneamente, outras transformações positivas provocadas pela ação terapêutica e podendo, em última instância, incorrer no erro de desqualificar o potencial terapêutico de uma prática médica, por apreender de forma enviesada seus objetos e objetivos. A centralização das pesquisas em torno da categoria ‘doença’ implica 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 (consideradas complexos singulares) e sustenta, prioritariamente, um modelo de avaliação de promoção da saúde (Yǎng Shēng [養生], nutrir a vitalidade). Segundo esse modelo, mudanças na 'forma de ondas do pulso arterial', no 'padrão emocional' e no 'brilho dos olhos' são interpretadas como sinais positivos da condução do processo terapêutico – e ignoradas pelo modelo de pesquisa focado na categoria 'doença'.

Na medicina clássica, o procedimento denominado 'suportar a vitalidade correta' (Zhèng Qì [正氣]), parte do processo de nutrir a vitalidade e pode ser compreendido como estímulo, potencialização e harmonização das funções fisiológicas saudáveis, que por sua vez pode ocorrer simultaneamente ao processo denominado 'expurgar o fator patogênico' (Xié Qì [邪氣]), assemelhado ao 'combate da doença' na racionalidade biomédica (Souza, 2008). Assim, pensamos que um dos aspectos mais problemáticos da imposição de modelos externos de avaliação terapêutica é a eliminação ou subvalorização do conjunto de saberes dessa racionalidade médica capaz de orientar práticas terapêuticas de promoção de saúde e estimulação da força vital, entendida como capacidade espontânea de recuperação da saúde.²⁸

Logo, consideramos que a urgência de reformulação na pesquisa sobre a medicina chinesa, com rigorosa apreensão das concepções que fundamentam a terapêutica da medicina clássica, como propõe Fruehauf (1999; 2002a; 2002b), não pode ser vista apenas como clamor de uma minoria contra-hegemônica movida pela paixão, pois há evidências de que a imposição do método científico não foi, até o momento, capaz de contribuir para a criação de uma medicina mais eficaz ou segura.

Pensamos que o potencial maior se encontra na exploração, por parte das ciências exatas e humanas, das concepções da medicina chinesa no interior de sua racionalidade e cultura, postura semelhante à de Nunes²⁹ (2003, p.62), quando postula os valores a serem perseguidos na produção de conhecimento durante uma transição paradigmática: “[os conhecimentos deveriam ser] avaliados em função dos contextos e situações em que são mobilizados e dos objetivos daqueles que os mobilizam, sem subordinação a imperativos globais de racionalidade que ignoram o caráter situado da produção e apropriação de todas as formas de conhecimento e das suas consequências para pessoas e lugares com uma singularidade que lhes é conferida pela sua história”.

Assim, em vez de perguntarmos se essa medicina pode curar 'síndrome do cólon irritável', deveríamos perguntar se ela pode reverter um quadro de 'fleuma-calor alojada nos intestinos', ou, ainda mais ousadamente, se um determinado tratamento teria 'nutrido a vitalidade correta' de um sujeito. Poderia a ciência ocidental utilizar seus métodos sem transfigurar tais concepções? Seria possível definir e mensurar fleuma ou vitalidade correta? Talvez essas questões possam contribuir para uma transformação positiva da pesquisa científica.

NOTAS

* O presente artigo fundamenta-se em pesquisa realizada durante projeto e curso de doutorado junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com apoio de bolsa do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq).

¹ Para mais detalhes, ver Campbell, 1997; Luz, 1997; e Souza, 2004.

² Por acupunturista, refiro-me aos profissionais cujas formação, treinamento e praxis tenham sido feitos exclusivamente dentro da racionalidade médica chinesa. Como grupo, parece haver demanda por reconhecimento de sua categoria como mais um tipo de profissional de saúde, distinto dos demais, que ‘especializado’ em acupuntura, uma das práticas terapêuticas da medicina chinesa. Ver *site* do Conselho Regional de Acupuntura do Estado do Rio de Janeiro (Craerj), instituição que defende esses direitos (<http://www.craerj.org.br/>; acesso em 4 out. 2008).

³ No Brasil, a disputa mais intensa tem sido pela acupuntura.

⁴ Um dos livros canônicos da tradição daoísta, tem sua autoria atribuída a Lǎo Zǐ (老子), figura de caráter possivelmente mitológico. Os textos fidedignos do Dào Dé Jīng, que sobreviveram até nossa era, datam do século I. Destacamos as versões de Wáng Bì (王弼) e Hé Shàng Gōng (河上公), ambos do século III, porque enfatizam práticas de saúde em seus comentários.

⁵ O código utilizado para a transliteração do mandarim é o Pinyin, em que a consoante D tem o valor fonético do T, na língua portuguesa. O leitor acostumado ao código Wade-Giles, que fornece o termo transliterado como Tao Te Ching, pode estranhar. O Pinyin, entretanto, é o padrão internacional de transliteração em vigência.

⁶ Atribuem-se partes do Livro das Mutações ao século VIII a.C., e o livro completo, como temos hoje, ao século III a.C. (Pregadio, 2003, p.1162).

⁷ O título Huái Nán Zǐ é traduzido como “Os mestres de Huái Nán”. Trata-se de uma compilação de textos daoístas, confucionistas e legalistas produzida pelo príncipe Líu Ān (劉安), da província de Huái Nán, no século II a.C.

⁸ Nesta e nas demais citações de textos em outros idiomas, a tradução é livre.

⁹ Biomedicina é o termo utilizado para designar a medicina ocidental contemporânea como uma racionalidade médica (Camargo Jr., 1997).

¹⁰ Os textos de Mǎ Wáng Dūn (馬王堆) descreviam os Jīng Mài, canais e colaterais, mas não faziam qualquer alusão à noção de ponto de acupuntura. Interpreta-se isso como evidência de um processo de desenvolvimento.

¹¹ Tradução livre, baseada em citação de Barsted (2003, p.9).

¹² Heiner Fruehauf é PhD em East Asian Languages, pela Universidade de Chicago, tendo estudado filosofia e sinologia na Universidade de Tübingen, Alemanha. Graduou-se como *Licensed Acupuncturist* na Europa e no Japão e concluiu pós-doutorado em medicina chinesa pela Chengdu University of Chinese Medicine, na China. Acadêmico com qualificações em ciências humanas e clínico atuante em medicina chinesa, representa movimentos de defesa da medicina clássica no campo da medicina chinesa.

¹³ Uma breve análise de endereços eletrônicos relacionados a grandes centros contemporâneos de produção de saberes em medicina chinesa, como Shanghai University of Traditional Chinese Medicine e Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, evidencia um investimento em padronizar a medicina tradicional chinesa no mundo, o que contribuiria para a construção da imagem de um campo homogêneo de saberes. (Ver textos produzidos por essas instituições com tal propósito em <http://www.tcm.treatment.net/images/bookstore/s15.htm>; acesso em 7 jun. 2005.)

¹⁴ M.S. Patel, do Instituto Universitário de Medicina Social e Preventiva, Lausanne, Suíça.

¹⁵ A expressão ‘medicinas alternativas’ denota todos os sistemas médicos e práticas terapêuticas não biomédicas.

¹⁶ Acupunturista, PhD, consultor da Fundação para Estudos de Medicinas do Leste Asiático, Amsterdam, Holanda.

¹⁷ Pesquisador sênior e consultor médico do Royal South Hants Hospital, Southampton, Grã-Bretanha.

¹⁸ Professor assistente e diretor da Divisão para Pesquisa e Educação em Medicinas Complementares e Alternativas da Harvard Medical School. É médico (medicina chinesa), com treinamento extensivo na China. Parte de seus estudos refere-se à questão da eficácia terapêutica em medicina chinesa, tendo elaborado frequentemente o tema de ensaios randômicos controlados.

¹⁹ Ver item 3.3 da Tabela 1.

²⁰ A fórmula padronizada continha vinte ingredientes em igual proporção, para todos os pacientes.

- ²¹ Nesse grupo, o terapeuta poderia prescrever a fórmula a partir de uma relação com 81 ervas, alterando a composição e as medidas para cada paciente.
- ²² Esse estudo seria um exemplo do item 4.2 da classificação de Birch (ver Tabela 1).
- ²³ PhD, acupunturista, diretor de pesquisa da Fundação Para Medicina Tradicional Chinesa, no Reino Unido.
- ²⁴ PhD, pesquisador do Departamento de Epidemiologia da Universidade de Washington, EUA.
- ²⁵ Ginzburg (1992) chama essa qualidade operativa de paradigma indiciário.
- ²⁶ Ver citação de Kaptchuck (2000) em seção anterior deste artigo.
- ²⁷ Esse é um processo terapêutico comum na medicina clássica, em que a terapêutica prevalece sobre a diagnose, ao contrário da biomedicina (Luz, 1996).
- ²⁸ Semelhante ao que foi denominado *viz medicatrix naturae* na medicina grega, ou força curativa da natureza (Sayd, 1998).
- ²⁹ Sociólogo da Universidade de Coimbra, Portugal, vinculado ao grupo de Boaventura Sousa Santos.

REFERÊNCIAS

- BARSTED, Dennis Linhares.
Wu Ji, o Vazio Primordial: a cosmologia daoísta e a medicina chinesa. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2003.
- BENSOUSSAN, Alan et al.
Treatment of irritable bowel syndrome with Chinese herbal medicine: a randomized controlled trial. *JAMA*, Chicago, v.280, n.18, p.1585-1589. 1998.
- BIRCH, Stephen.
Reflections on the German acupuncture studies. *Journal of Chinese Medicine*, Hove, v.83, p.12-17. 2007.
- BIRCH, Stephen.
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*, Edinburgh, v.4, p.29-33. 2003a.
- BIRCH, Stephen.
Overview of models used in controlled acupuncture: studies and thoughts about questions answerable by each. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, Edinburgh, v.3, p.207-217. 2003b.
- BIRCH, Stephen; FELT, Robert.
Entendendo a acupuntura. São Paulo: Roca. 2002.
- BOURDIEU, Pierre.
A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva. 1994.
- CAMARGO Jr., Kenneth R.
Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: Mattos, Ruben Araújo; Pinheiro, Roseni (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco. p.157-170. 2004.
- CAMARGO Jr., Kenneth Rochel.
A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.45-68. 1997.
- CAMPBELL, Collin.
A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodiceia para um novo milênio. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.5-21. 1997.
- CHO, Na; WONG, Lee; HONG, I.
Functional magnetic resonance imaging of the brain in the investigation of acupuncture. In: Stux, G.; Hammerschlag, R. (Ed). *Clinical acupuncture: scientific basis*. Berlin: Springer. p.83-95. 2001.
- FRUEHAUF, Heiner.
The science of symbols: exploring a forgotten gateway to Chinese medicine, part one. *Journal of Chinese Medicine*, Hove, n.68. p.33-39. 2002a.
- FRUEHAUF, Heiner.
The science of symbols: exploring a forgotten gateway to Chinese medicine, part two. *Journal of Chinese Medicine*, Hove, n.69. p.20-26. 2002b.
- FRUEHAUF, Heiner.
Science, politics and the making of TCM: Chinese medicine in crisis. *Journal of Chinese Medicine*, Hove, v.6, n.61, p.6-14. 1999.
- GINZBURG, Carlo.
Clues, myths, and the historical method. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1992.
- HSU, Elizabeth.
The transmission of Chinese medicine. Cambridge: Cambridge University Press. 1999.

- KAPTCHUCK, Ted.
The double-blind, randomized, placebo-controlled trial: Gold standard or golden calf? *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v.54, p.541-549. 2001.
- KAPTCHUCK, Ted.
The web that has no weaver. Chicago: Contemporary Books. 2000.
- KIM, Jongyoung.
Beyond paradigm: making transcultural connections in a scientific translation of acupuncture. *Social Science & Medicine*, New York, v.62, n.12, p.2960-2972. 2000.
- LEWITH, George.
Evaluating traditionally based systems of medicine with particular reference to acupuncture. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, Edinburgh, v.4, p.78-73. 2003.
- LUZ, Madel Therezinha.
Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: Canesqui, Anna Maria (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec; Fapesp. p.181-200. 2000.
- LUZ, Madel Therezinha.
Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.13-43. 1997.
- LUZ, Madel Therezinha.
VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.140). 1996.
- MCPHERSON, Hugh.
Out of the laboratory and into clinic: acupuncture research in the real world. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, Edinburgh, v.1, p.97-100. 2000.
- NASCIMENTO, Marilene Cabral (Org.).
As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec. 2006.
- NASCIMENTO, Marilene Cabral.
De panaceia mística a especialidade médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1997.
- NUNES, João A.
Um discurso sobre as ciências 16 anos depois. In: Santos, Boaventura Sousa (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente*. São Paulo: Cortez. p.59-84. 2003.
- PATEL, Mahesh.
Problems in the evaluation of alternative medicine. *Social Science & Medicine*, New York, v.25, n.6, p.669-678. 1987.
- PREGADIO, Fabrizio.
Encyclopedia of taoism. London: Routledge. 2003.
- SANTOS, Boaventura Sousa.
A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. Porto: Afrontamento. 2000.
- SANTOS, Boaventura Sousa.
Um discurso sobre as ciências. Porto: Afrontamento. 1987.
- SAYD, Jane Dutra.
Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ. 1998.
- SHERMAN, Karen.
A research agenda for the acupuncture community. *Clinical Acupuncture and Oriental Medicine*, Edinburgh, v.4, p.114-120. 2004.
- SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de.
Nutrindo a vitalidade: questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.
- SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de.
As faces do todo: o holismo nas práticas terapêuticas contemporâneas. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2004.
- UNSCHULD, Paul.
Huang di nei jing su wen: nature, knowledge, imagery in an ancient Chinese medical text. Berkeley: University of California Press. 2003a.
- UNSCHULD, Paul.
Nan-ching: o Clássico das Dificuldades. São Paulo: Roca. 2003b.
- UNSCHULD, Paul.
Medicine in China: a history of pharmaceuticals. Berkeley: University of California Press. 1986.
- UNSCHULD, Paul.
Medicine in China: a history of ideas. Berkeley: University of California Press. 1985.