



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**LEANDRO ALBERTO GRASSI**

**IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE PESQUISAS CLÍNICAS DE  
ACUPUNTURA NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
BRASILEIROS**

**Palhoça**  
**2011**

**LEANDRO ALBERTO GRASSI**

**IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE PESQUISAS CLÍNICAS DE  
ACUPUNTURA NOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
BRASILEIROS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em  
Terapêutica Tradicional Chinesa da Universidade do Sul  
de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção  
do título de especialista em acupuntura e massaterapia  
chinesa.

Orientador: Prof. Msc. Fernando Hellmann

Palhoça  
2011



## AGRADECIMENTOS

Toda trajetória de nossa vida é marcada por pessoas e momentos que abrilhantam a nossa existência e enriquecem nossa vida em todos os sentidos. Por isso, através destas singelas palavras, presto aqui meus sinceros agradecimentos às pessoas que fazem a diferença na minha vida e me auxiliaram em mais esta vitória.

A Oliria, mãe e companheira, que ilumina meus passos com seu amor em todos os momentos de minha vida.

A Eloisa, pelo apoio incondicional em todos os momentos.

As minhas tias Rosa e Carmem, pelo apoio moral e financeiro que tornaram possível a jornada até o presente momento.

A minha companheira e meu grande amor, Monize, por todos os momentos desbravados ao meu lado nas horas boas e ruins do percurso.

A Enio Milani, pelo financiamento da maior parte desta trajetória.

Ao orientador Fernando Hellmann e o professor Daniel Rodrigues que me auxiliaram na construção deste trabalho.

Aos amigos e colegas do curso, em especial Alex, José Leandro, Roberto, Daniel e Magda Beckner.

Aos professores do curso, em especial Yu Tao, Li, Graciela Mendonça, Fernando Silva, Patrícia Daré, Jaime Soares, Fátima Farias e Teresa Gaio.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o meu êxito até aqui.

“Não é demonstração de saúde estar bem ajustado a uma sociedade profundamente doente” (Jiddu Krishnamurti).

## RESUMO

Com o movimento da contracultura iniciado na década de 1960, houve interesse crescente por práticas médicas não convencionais, dentre elas a acupuntura. O objetivo deste trabalho foi identificar e caracterizar os estudos de acupuntura clínica envolvendo seres humanos nos programas de pós-graduação *strictu sensu* brasileiros. Para coleta e análise dos dados utilizou-se como percurso metodológico a pesquisa qualitativa, exploratória, segundo seus fins, e análise documental, segundo seus meios. Todo material foi coletado do Banco de Teses da Capes, em língua portuguesa e utilizaram-se como palavras-chave acupuntura clínica e acupuntura. Foram encontrados 49 trabalhos, sendo 12 teses de doutorado e 37 dissertações de mestrado, provenientes de 21 instituições de pesquisa de caráter público (federal e estadual) e privado. Os resultados foram organizados por categorias que revelam: (1) as tendências da produção de teses e dissertações em acupuntura clínica envolvendo seres humanos; (2) temas de pesquisa em acupuntura clínica; (3) tipos de acupuntura usados nas pesquisas; (4) produção em pesquisas clínicas com acupuntura segundo instituições de ensino e pesquisa; (5) regiões e estados brasileiros mais produtivos; (6) gênero e formação dos pesquisadores; (7) racionalidades médicas que balizam os estudos em acupuntura clínica no Brasil. Considera-se que a produção de dissertações vem crescendo ao longo dos anos e a produção de teses tem sido constante. Os temas de pesquisa são variados e podem ser resumidos em dor, sintomas psicoafetivos, qualidade de vida, imunidade, regeneração tecidual e efeitos do sistema nervoso. Os tipos de acupuntura estudados foram acupuntura sistêmica, auriculopuntura, craniopuntura, eletroacupuntura e laserpuntura, sendo que em alguns trabalhos foram avaliados mais de uma técnica e um trabalho envolveu três. A instituição que mais produziu trabalhos é a UNIFESP seguida pela USP, UNICAMP e FAMERP. A região sudeste é a maior produtora de trabalhos com 76% seguida da região sul com 20% e o nordeste com 4%. São Paulo é o único estado onde foram produzidas teses e conta com 56,8% da produção de dissertações, seguido pelo Rio Grande do Sul com 10,8%, Paraná e Santa Catarina com 8,1%, Rio de Janeiro e Ceará com 5,4% e Minas Gerais e Espírito Santo com 2,7%. A área de formação dos pesquisadores é medicina (52%), fisioterapia (29%), odontologia (11%), enfermagem (4%) e fonoaudiologia e ciências sociais 2%. O maior número de pesquisadores é do sexo masculino (56%) e 44% são do sexo feminino. A racionalidade médica que baliza os estudos em acupuntura clínica envolvendo seres humanos no Brasil é a biomédica.

Palavras-chave: Acupuntura; Pós-graduação; Instituições de pesquisa.

## ABSTRACT

With the counterculture movement started in the 1960s, growing interest in listening to unconventional medical practices, among them acupuncture. The objective of this study was to identify and characterize the clinical studies of acupuncture involving human subjects in the programs graduate strictly speaking Brazilians. To collect and analyze data was used as a methodological course qualitative research, exploration, according to their purposes, and document analysis, according to their means. All material was collected from the Bank of the Capes Thesis, in Portuguese and were used as keywords acupuncture and acupuncture clinic. Found 49 papers, 12 Ph.D. theses and 37 master's theses from 21 research institutions on a public (federal and state) and private sectors. The results were organized into categories that reveal: (1) trends in theses and dissertations in clinical acupuncture involving human subjects, (2) subjects of clinical research on acupuncture, (3) types of acupuncture used in the research, (4) production in the second acupuncture clinical research institutions of education and research, (5) Brazilian regions and states more productive, (6) gender and training of researchers, (7) rationalities balise medical studies in acupuncture clinic in Brazil. It is considered that the production of papers has been growing over the years and the production of theses has been constant. The research topics are varied and can be summarized in pain, symptoms, psychological and quality of life, immunity, tissue regeneration and nervous system effects. The types of acupuncture were studied acupuncture systemic auriculopuncture, Craniopuncture, laserpuncture and electroacupuncture, and in some works were valued more than a technical one and three work involved. The institution has produced more work is then UNIFESP, USP, UNICAMP and FAMERP. The Southeast region is the largest producer of jobs with 76% followed by the south and northeast with 20% to 4%. St. Paul is the only state where they were produced theses and has 56, 8% of the dissertation, followed by Rio Grande do Sul with 10.8%, Paraná and Santa Catarina with 8.1%, Rio de Janeiro and Ceará, 5.4% and Minas Gerais and Espirito Santo to 2.7%. The area is training of medical researchers (52%), physiotherapy (29%), dentistry (11%), nursing (4%) and speech therapy and social science 2%. The largest number of researches are male (56%) and 44% are female. The medical rationale for guiding clinical studies on acupuncture involving humans in Brazil is biomedical.

Keywords: Acupuncture, Postgraduate, Research Institutions.

## LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1 – Frequência relativa do total de teses e dissertações.....	35
Grafico 2 – Frequência absoluta de teses e dissertações produzidos em estudos de acupuntura clinica envolvendo seres humanos no período de 1991 a 2009.....	36
Grafico 3 – Frequência relativa da produção de trabalhos de mestrado e doutorado entre instituições públicas e privadas.....	41
Grafico 4 – Frequência absoluta de instituições publicas e privadas por estado brasileiro com pesquisa clinica em acupuntura .....	41
Grafico 5 – Frequência absoluta de trabalhos produzidos por região do Brasil .....	45
Grafico 6 – Frequência relativa de trabalhos produzidos por região do Brasil .....	46
Grafico 7 – Frequência absoluta de teses e dissertações produzidas por estado brasileiro em pesquisa clinica com acupuntura .....	46
Grafico 8 – Frequência relativa de dissertações por estado brasileiro.....	47
Grafico 9 – Frequência absoluta de área de formação dos pesquisadores e gênero .....	48
Grafico 10 – Frequência relativa por área de formação dos pesquisadores.....	49
Grafico 11 – Frequência relativa quanto ao gênero dos pesquisadores.....	50



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Temas de pesquisa encontrados .....	37
Tabela 2 – Tipo de acupuntura utilizado nas pesquisas .....	39
Tabela 3 – Instituições e o número de teses e dissertações em cada uma delas .....	42
Tabela 4 – Instituições e programas de pós-graduações <i>stricto sensu</i> com pesquisa em acupuntura clínica .....	43

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 OBJETIVOS .....	13
<b>1.1.1 Objetivo geral.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1 RACIONALIDADES MÉDICAS .....	15
<b>2.1.1 As cinco dimensões de uma racionalidade médica.....</b>	<b>16</b>
2.1.1.1 Morfologia humana.....	17
2.1.1.2 Dinâmica vital.....	17
2.1.1.3 Diagnose .....	17
2.1.1.4 Terapêutica.....	17
2.1.1.5 Doutrina médica.....	18
<b>2.1.2 Biomedicina .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.3 Medicina Tradicional Chinesa (MTC).....</b>	<b>20</b>
2.1.3.1 Acupuntura.....	22
2.1.3.2 Acupuntura no Brasil.....	23
2.2 PÓS-GRADUAÇÕES NO BRASIL .....	25
2.3 PESQUISAS EM SAÚDE NO BRASIL .....	28
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	31
3.2 CENÁRIO DE PESQUISA .....	31
3.3 UNIDADES DE ANÁLISE.....	32
3.4 COLETA DE DADOS.....	32
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO .....	34
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	34
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>35</b>
4.1 TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO DE TESES E DISSERTAÇÕES EM ACUPUNTURA CLÍNICA ENVOLVENDO SERES HUMANOS .....	35
4.2 TEMAS DE PESQUISA EM ACUPUNTURA CLÍNICA.....	36
4.3 TIPOS DE ACUPUNTURA USADOS NAS PESQUISAS .....	39

4.4 PRODUÇÃO EM PESQUISAS CLÍNICAS COM ACUPUNTURA SEGUNDO INSTITUIÇÕES DE ENSINO E PESQUISA.....	40
4.5 REGIÕES E ESTADOS BRASILEIROS MAIS PRODUTIVOS .....	45
4.6 CARACTERIZAÇÃO DOS PESQUISADORES: GÊNERO E FORMAÇÃO .....	48
4.7 RACIONALIDADES MÉDICAS QUE BALIZAM TESES E DISSERTAÇÕES EM ACUPUNTURA CLÍNICA NO BRASIL.....	50
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>63</b>
ANEXO A: Quadro resumo comparativo das racionalidades médicas .....	64

## 1 INTRODUÇÃO

Com o movimento internacional da contracultura, iniciado na década de 1960, as ditas terapias alternativas, de cunho naturista e antitecnológico ganharam força no ocidente. Preconizando os conceitos de desenvolvimento sustentável e de qualidade de vida como uma forma mais equilibrada de interação com o meio social e ambiental, estas terapias pressupunham a valorização do corpo, da saúde, da natureza, do prazer e, especialmente, das emoções positivas, razões pela qual começaram a atrair o interesse dos ocidentais, que passaram a valorizar aspectos culturais do oriente, principalmente da Índia e China. Nesse momento, uma juventude revolucionária partia em busca de novas soluções terapêuticas, utilizando tais práticas não apenas como terapias, mas como símbolos de uma revolução cultural. No Brasil, o movimento de contracultura influenciou principalmente as camadas de jovens dos grupos de intelectuais e sócio-economicamente favorecidos (XIMENES NETO; MARTINI, 2009; QUEIROZ, 2006; SOUZA; LUZ, 2009).

Neste contexto, as propostas de saúde influenciadas pelo contato com o Oriente se caracterizam por serem, não intervencionistas, mas focadas no indivíduo, seu meio ambiente e sua experiência de vida (QUEIROZ, 2006) adotando desta forma uma postura vitalista em relação corpo, saúde e doença, contrastando assim com a medicina científica moderna, modelo hegemônico dominante nas sociedades ocidentais, baseada no paradigma cartesiana e mecanicista.

Em meio a este novo contexto sócio histórico, a acupuntura começa a ganhar destaque nas sociedades ocidentais. Esta técnica, que consiste no uso de agulhas em determinados pontos do corpo com o intuito de regular funções orgânicas, juntamente com moxa-bustão, fitoterapia, dieta saudável e exercícios físicos como tai-chi-chuan, fazem parte da terapêutica do que hoje se conhece por Medicina Tradicional Chinesa (MTC) (MEDEIROS; SAAD, 2009; LIN; HSING; PAI, 2006). A MTC é classificada por Luz (1993) como uma racionalidade médica, conceito tipicamente weberiano formulado pela autora para classificar sistemas médicos complexos.

Atualmente praticada em quase todos os países ocidentais, a acupuntura foi introduzida em modernas clínicas e tem experimentado um aumento expressivo de adeptos, tanto em números dos que praticam, como em número dos que se submetem ao seu tratamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) concede aval e encoraja seu uso pelos países membros, tendo sido criado um documento intitulado: Estratégia da OMS sobre

Medicina Tradicional (MT) 2002-2005, com vistas ao desenvolvimento de políticas para a implantação de MT, estabelecendo requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso (XIMENES NETO; MARTINI, 2009; LIN; HSING; PAI, 2008; KUREBAYASHI; OGUISSO; FREITAS, 2009).

Neste sentido, Souza (2008) comenta que a acupuntura como prática pioneira e representativa das transformações históricas supracitadas, 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. Em vista disso, de acordo com o mesmo autor, parece que a medicina chinesa na atualidade busca na ciência um caminho para legitimação e, ao adequar-se a forma científica de produção do conhecimento, pretere a pesquisa sobre os fundamentos de sua racionalidade.

Assim como a OMS incentiva o uso de medicina tradicional e alternativa, o Brasil segue o mesmo exemplo através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC/SUS), criada em 2006 para fortalecer o uso de sistemas médicos e tratamentos não pertencentes a racionalidade biomédica (BRASIL, 2006), modelo hegemônico na assistência à saúde da população brasileira e também na produção de pesquisas nas instituições que oferecem pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado).

Esta iniciativa do Ministério da Saúde no Brasil pode ser um dos pressupostos que levaram a aumentar o interesse e o número de pesquisas brasileiras em áreas não convencionais da medicina, como acupuntura e a fitoterapia. Tal interesse pode também favorecer a aceitação de práticas não biomédicas dentro de um sistema de saúde dominado pela biomedicina, pois as pesquisas falam a linguagem da ciência e esta assumiu no ocidente o posto de grande produtora de verdades (TESSER, 2007). Da mesma forma que ganha-se o status de científica, tais práticas perdem sua essência ao passo que são postas a prova dentro de um modelo para o qual não foram originalmente sistematizadas.

A acupuntura no Brasil carece de legislação e por isso ela pode ser praticada por todos os profissionais de saúde, desde que devidamente recebam treinamento para tal. Em vista disso, pode haver o interesse de vários pesquisadores com diferentes formações e também o interesse de instituições públicas e privadas com linhas de pesquisas amplas e variadas.

A produção de conhecimento a nível de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil começou tardiamente, por volta da década de 1940 e começou a ganhar algum prestígio internacional em meados do ano 2000. A região sudeste do Brasil é a que mais produz

pesquisas, seguida respectivamente pela região sul, nordeste, centro-este e norte (STEINER, 2005).

A área da saúde é hoje no Brasil a maior produtora de conhecimento científico, correspondendo a 36% de toda a produção (GUIMARÃES, 2004). Grupos de pesquisa oriundos de todas as grandes áreas do conhecimento possuem linhas de pesquisa vinculadas ao setor de atividade “saúde humana”. Cerca de 50% dos grupos provêm das ciências da saúde e pouco menos de 25% das ciências biológicas. O quarto restante provêm das demais grandes áreas do conhecimento (GUIMARÃES, 2006).

A biomedicina é a grande norteadora das pesquisas clínicas no Brasil e ela vincula-se a um imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus mecanismos originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes. Assim, esta racionalidade assume três proposições: caráter generalizante, caráter mecanicista e caráter analítico (CAMARGO JUNIOR, 1993, 1998, 2005).

Devido as várias questões e detalhamentos envolvendo a acupuntura no ocidente e no Brasil expostos acima, este trabalho tem como questão norteadora saber o que esta sendo produzido de pesquisa, quem são os pesquisadores e instituições envolvidas e qual a racionalidade médica por trás dos estudos envolvendo acupuntura clinica em seres humanos.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Identificar e caracterizar os estudos clínicos em acupuntura produzidos nos programas de mestrado e doutorado das universidades brasileiras.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar tendências da produção de teses e dissertações em acupuntura clínica envolvendo seres humanos;
- Identificar os temas de pesquisa;
- Identificar os tipos de acupuntura usados nos estudos;
- Descrever instituições mais produtivas em pesquisas clínicas com acupuntura;
- Identificar regiões e estados brasileiros mais produtivos
- Conhecer gênero e formação dos pesquisadores;
- Identificar a racionalidade médica que baliza os estudos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta sessão serão explanadas teorias que norteiam as racionalidades médicas chinesa e biomédica, o conceito de racionalidade médica, a situação da acupuntura no Brasil e no mundo, as pós-graduações e as pesquisas da área da saúde no Brasil.

### 2.1 RACIONALIDADES MÉDICAS

O conceito de racionalidade médica foi desenvolvido por Madel Luz, professora do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), quando iniciou o projeto racionalidades médicas visando a comparação sistemática de quatro sistemas médicos complexos: a medicina ocidental contemporânea (também designada de biomedicina), a medicina tradicional chinesa (MTC), a homeopatia e a medicina indiana (ayurveda). Tal conceito, inspirado nos tipos ideais do sociólogo alemão Max Weber, pode ser definido como um sistema médico complexo construído racional e empiricamente num conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnóstico, um sistema terapêutico e uma doutrina médica embasadas em uma cosmologia implícita, explícita ou parcialmente explícita (TESSER; BARROS, 2008; LUZ, 1995, 2005; TESSER, 2009; TESSER; LUZ, 2008).

A hipótese básica que norteia tanto a análise das configurações dos distintos sistemas, quanto sua comparação, é que existe mais de uma racionalidade possível em medicina, além da racionalidade científica da modernidade ocidental. Além disso, hipótese suplementar, essas distintas racionalidades efetivamente coexistem e interagem na cultura contemporânea, que tornou coetâneos sistemas de significação oriundos de culturas diversas concernindo a vida em seus estágios diferenciados: nascimento e morte, juventude e velhice, saúde e adoecimento, sofrimento e cura (LUZ, 2006).

Dentro do que pode-se designar de cultura médica, percebe-se que esta é profundamente naturalizada, e a biomedicina, como forma de saber erudito que assume a medicina ocidental contemporânea, é assumida como única portadora de racionalidade, na medida em que a racionalidade, nesta cultura, é assimilada à cultura científica (LUZ, 2005; TESSER, 2009; CAMARGO JUNIOR, 2005).



A racionalidade médica, independente de seu paradigma, caracterizou-se historicamente por sintetizar em uma atividade (*práxis*) uma arte de curar doentes (*tekné*) e um conhecimento ou ciência das doenças (*gnose, episteme*) (LUZ, 1995). Neste sentido, observa-se que cada racionalidade médica tem sua lógica própria e também sua forma peculiar ver e interpretar fenômenos; logo, as condutas e as explicações sobre saúde e doença são fruto do conhecimento sistemático gerado ao longo do tempo por cada uma delas.

Assim sendo, serão abordados agora as cinco dimensões que caracterizam uma racionalidade médica e a sua cosmologia implícita ou explícita. Vale ressaltar ainda que o termo biomedicina será usado como sinônimo de medicina ocidental contemporânea e que as racionalidades ayurvédica e homeopática serão citadas em alguns momentos para fins de comparação, mas não serão discutidas a fundo.

### **2.1.1 As cinco dimensões de uma racionalidade médica**

As dimensões de uma racionalidade médica são um fator importante de classificação e diferenciação destas e estão embasados em uma cosmologia. A diferença entre as racionalidades quanto a este aspecto reside no fato de que, na biomedicina, esse embasamento é implícito ao passo nas outras, inclusive a homeopatia até certo ponto, é explícito e elaborado através de teorias como a da cinco fases da medicina chinesa, dos *tridosha* da medicina ayurvédica e das constituições na homeopatia (LUZ, 1995).

Dentre as racionalidades, a única que apresenta cosmologia estritamente racional é a biomedicina, pois se assenta numa disciplina científica, a física, embora num momento clássico e já grandemente superado desta disciplina. As outras racionalidades estão assentadas em sistemas filosóficos principalmente (LUZ, 1995).

Quanto a diferenças paradigmáticas, constata-se que as medicinas de cunho bioenergético (medicina chinesa, medicina ayurvédica e homeopatia) tem objetos e objetivos distintos da biomedicina. Enquanto esta última tem por objeto a doença e por objetivo o combate e a eliminação das doenças, as outras tem como objeto o sujeito desequilibrado (doente) e por objetivo restabelecer a saúde ou mesmo sua ampliação (LUZ, 1995).

A seguir, cada uma das cinco categorias será abordada individualmente e exemplificada no quadro do anexo A, de acordo com Luz (1995).

#### 2.1.1.1 Morfologia humana

A morfologia humana é uma categoria que diz respeito a como cada racionalidade concebe o corpo humano de acordo com sua cosmologia. Pode ser explicada através de sistemas orgânicos (sistema nervoso, cardiovascular, por exemplo), como é caso da biomedicina ou por uma rede de canais de energia, como os meridianos de acupuntura, técnica pertencente a racionalidade médica chinesa.

#### 2.1.1.2 Dinâmica vital

A dinâmica vital diz respeito ao funcionamento do corpo e como ele é interpretado de acordo com cada racionalidade. Neste sentido, tem-se explicações da fisiologia e fisiopatologia dos sistemas na biomedicina, fisiologia dos sopros vitais ou *Qi*, dinâmica do *yin* – *yang* e fisiologia dos *zang fu* (órgãos e vísceras) na MTC.

#### 2.1.1.3 Diagnose

A diagnose, ou sistema de diagnóstico, é entendida como os métodos de avaliação usados para se chegar a um diagnóstico. Neste caso temos como exemplo a semiologia usada pela biomedicina, que inclui anamnese, exame físico e exames complementares, anamnese do desequilíbrio *yin* – *yang* na MTC.

#### 2.1.1.4 Terapêutica

Diz respeito ao sistema de tratamento usado para curar, equilibrar ou aliviar o sofrimento humano. Para tal, a biomedicina se utiliza de medicamentos produzidos pela

indústria farmacêutica, cirurgia e higiene e a MTC utiliza higiene, exercícios (artes, meditação), dietética, fitoterapia, massagens, acupuntura e moxabustão.

Cabe ressaltar aqui que um mesmo método de tratamento pode ser usado por racionalidades médicas diferentes, como é o caso da fitoterapia. Embora comum a MTC e a biomedicina, a fitoterapia é usada de forma diferente nestes dois sistemas, pois cada um vai privilegiar a sua forma de tratar e entender o processo.

#### 2.1.1.5 Doutrina médica

A doutrina médica são os pressupostos teóricos que norteiam a racionalidade, fornecendo explicações gerais que designam as explicações das categorias anteriores. A doutrina médica da biomedicina usa a teoria da causalidade das doenças e seu combate, a MTC usa as teorias do *yin – yang*, das cinco fases e seu equilíbrio nos sujeitos individuais.

#### 2.1.2 Biomedicina

Cabe aqui fazer algumas considerações sobre a medicina científica ou medicina ocidental contemporânea, mais resumidamente denominada biomedicina por ser um termo de maior concisão refletindo mais adequadamente a vinculação desta racionalidade com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia. Em síntese, esta racionalidade pode ser resumida em três proposições: caráter generalizante, caráter mecanicista e caráter analítico (CAMARGO JUNIOR, 1993, 1995, 2005).

A Biomedicina vincula-se a um imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus “mecanismos” originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais “peças” (CAMARGO JR, 2005)

Dentro desta visão analítico-mecanicista e coerente com a mesma, a medicina que se origina a partir da anatomoclínica é uma medicina do corpo, das lesões e das doenças. Os ganhos tecnológicos mais avançados são incorporados constantemente ao acervo fenomenotécnico das mais variadas disciplinas médicas, porém sempre subordinadas à relação

mecânico-causal. Nesta racionalidade, o corpo humano é dividido em sistemas agrupados segundo as propriedades isoladas por cada uma das disciplinas articuladas em seu discurso. Outra característica intrínseca deste saber médico é a divisão operativa entre normal e patológico (CAMARGO JUNIOR, 1993).

Neste sentido, Foulcault (1979) relata a perda da autonomia como uma característica marcante da medicina contemporânea, ou seja, os doentes tendem a perder o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem. Desta forma, a medicina científica acaba se tornando uma moral embasada num ideal supremo de saúde com características universalizantes onde o particular inexistente.

A partir deste 'ideal de saúde', propagado pela mídia e pela indústria médica, qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e, portanto, como devendo ser aniquilado; qualquer diferença em relação ao ideal é vista como um desvio, um distanciamento maior, e insuportável, da perfeição colimada, devendo ser 'corrigida'. Os afetos são mobilizados e manipulados narcisicamente no sentido de suscitar nas pessoas o sentimento e a fantasia de que, caso não siga o ideal coletivo da saúde ideal, estará não só aquém da própria saúde ideal apresentada, mas sobretudo fora do grupamento humano atual, será um excluído simbólico, não comungará da moda que une as individualidades atuais e, assim sendo, estará aquém dos outros, dos incluídos que, fantasiosamente, não só gozam de uma saúde próxima do ideal, como, quando não for o caso, terão helicópteros para um último e glamoroso passeio ostentatório (MARTINS, 2004).

De acordo com Tesser (2007), é relevante compreender como se constroem os conhecimentos, como são validados e legitimados os mesmos na ciência biomédica, além de como os mesmos são usados. Se essa validação ocorre, influencia toda a sociedade, já que a ciência logrou ocupar no ocidente o lugar de maior produtora de conhecimentos corretos ou verdades após a modernidade.

Neste sentido, vale ressaltar a importância do trabalho de Illich (1975) sobre a medicalização social produzida pelo sistema biomédico. Muito sinteticamente, este processo pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos (TESSER, 2006). Através disso, a biomedicina, fundamentada no saber científico contemporâneo, assume papel de poder perante a sociedade, já que é pautada por um conhecimento institucionalizado e que serve aos interesses políticos e econômicos do Estado, sendo desta forma objeto de controle social.

Apesar de seu poder e hegemonia, o modelo biomédico vem dando sinal de desgaste e abrindo portas para novos saberes e práticas, embora ainda tensione através destes manter seu status e legitimidade social.

### 2.1.3 Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

A medicina chinesa é um vasto campo de saberes e práticas que revela, através de um olhar minucioso, uma considerável heterogeneidade, que em seu aspecto positivo enriquece o campo, mas no negativo, é fonte de tensões e conflitos (SOUZA, 2008).

As doutrinas que deram origem aos sistemas terapêuticos chineses surgiram na China feudal e imperial, e até certo ponto refletem a visão de mundo de seu tempo, visto que hoje em dia tal visão de mundo recebe muitas críticas neste país, como representativa de atraso e opressão das massas trabalhadoras, dando origem uma revisão destas doutrinas sob uma ótica marxista. Isto deve ser levado em conta antes de tomar qualquer produção textual como referencial absoluto do que é verdadeiro em MTC (LUZ, 1993).

O mesmo autor relata que uma doutrina médica pode ser encarada como sendo uma formulação de certas concepções teórica ou racionalmente elaboradas sobre as origens, as causas e a natureza do adoecer do homem. Dentro do que se pode definir como MTC, a doutrina médica é fruto da visão de mundo confucionista, em que o homem encontra a harmonia (social, pessoal) pela adesão a um conjunto de procedimentos considerados virtuosos em função de sua identificação com o movimento natural do universo, ou seja, a alternância de yin e yang e das cinco fases.

No pensamento chinês clássico, está explícito que a conformação dos seres humanos reproduz a arquitetura do mundo, e com ambas se harmoniza a estrutura social. A sociedade, o homem e o mundo são objeto de um saber global. Válido em relação ao macrocosmo e a todos os microcosmos que nele se encaixam, esse saber é constituído pelo uso da analogia. Também é importante lembrar que o pensamento chinês não se interessa pelos contrários, mas pelos contrastes, pelas alternâncias, pelos correlatos e pelas trocas hierogâmicas de atributos (GRANET, 1997).

Os seres humanos, como todas as coisas na terra, também se submetem à lei da variação das energias yin e yang; quando alguém vai contra a lei que é a raiz, será cortada sua origem da vida e sua energia primordial será espoliada. Portanto, a lei de variação das energias yin e yang controla o princípio e o fim e decide o nascimento e a morte de tudo. Se a lei da variação das energias yin e yang for violada pelo homem, irão ocorrer doenças com frequência, mas se estiver bem adaptada, não surgirão doenças estranhas. Quem conseguir manter tal lei bem adaptada, será aquele que terá domínio sobre a forma apropriada de preservar a saúde (BING, 2001).

Percebe-se nesta passagem do *Huang Di Nei Jing*, clássico no qual se baseia a MTC, que os termos *yin e yang* são centrais nesta terapêutica. Não menos importante, a teoria das

cinco fases, também considerada de suma importância na terapêutica chinesa, postula que os fenômenos naturais correspondem a uma de cinco faixas associativas: madeira, fogo, terra, metal e água. Estas cinco fases relacionam-se entre si promovendo e restringindo umas às outras, de modo que a madeira gera o fogo e é controlada pelo metal; o fogo gera a terra e é controlado pela água; a terra gera o metal e é controlada pela madeira; o metal gera a água e é controlado pelo fogo; a água gera a madeira e é controlada pela terra (MACIOCIA, 2007).

Ainda em termos de teoria, Yamamura (2001 a; 2001 b) ressalta outra teoria norteadora na MTC, a dos *Zang Fu*, ou teoria dos órgãos e vísceras, que abrangem três categorias: (1) os *zang*, que constituem os cinco órgãos yin (coração, pulmão, baço/pâncreas, fígado e rins) considerados essenciais, pois sem um deles a vida deixa de existir. Tem por função armazenar a essência dos alimentos a fim de promover a sua atividade energética; (2) os *Fu*, que são caracterizados como vísceras, tem por função receber, armazenar, digerir, transformar e assimilar os alimentos, bem como fazer sua expulsão. São constituídos por intestino grosso, intestino delgado, estômago, bexiga e vesícula biliar; e (3) vísceras curiosas, que apresentam funções especiais originadas das energias terrestres e são constituídas por vesícula biliar, ossos, medula óssea e espinal, encéfalo, vasos sanguíneos e útero.

A partir disso, vemos que a MTC caracteriza-se por transferir a responsabilidade pela manutenção da saúde para o próprio homem. Os traços comuns com o confucionismo (atualmente transferido, em partes, para o socialismo marxista) possibilitaram à teoria das cinco fases e do yin/yang alcançarem e manterem até hoje as posições centrais da MTC: ambos condicionam o bem-estar físico, moral e social à aderência a procedimentos corretos descritos nos clássicos. Esta atitude correta é pautada pela rejeição dos excessos de toda ordem e pela conformidade às leis naturais (LUZ, 1993).

Deslegitimada e até perseguida pelo governo de *Chang Kai-shek* no começo do século XX, a MTC foi reabilitada pelo governo da República Popular da China, a partir de 1949 após a revolução cultural precedida por Mao Tsé Tung, sofrendo expurgos na sua cosmologia e em certas práticas por não se coadunarem com o pensamento científico pretendido. Deste processo surgiu a agora hegemônica escola “*Traditional Chinese Medicine*”, na qual certos ensinamentos da medicina clássica chinesa foram omitidos por serem considerados místicos, metafísicos ou supersticiosos (BARSTED, 2006).

A medicina tradicional chinesa vem se firmando no cenário internacional como uma das mais procuradas alternativas aos tratamentos da medicina convencional. Contudo, esta medicina dita tradicional vem na realidade se formando continuamente: paradigmas anteriores não são eliminados ou superados, mas passam a *orbitar* as idéias mais recentes, guardando destas maior ou menor distância de acordo com o grau de ruptura ou segundo a agenda política do

momento. Dessa forma, a medicina chinesa tornou-se uma colcha de retalhos onde coexistem idéias e práticas oriundas de períodos históricos e de paradigmas diferentes (LUZ, 2006).

O uso de recursos terapêuticos originários da MTC por grupos sociais da cultura ocidental em todo mundo impeliu a comunidade científica a examinar este sistema de atenção a saúde. As questões epistemológicas e metodológicas que emergiram neste processo apresentaram grandes desafios à construção do diálogo entre os campos da MTC e da ciência biomédica ocidental (JACQUES, 2006).

### 2.1.3.1 Acupuntura

A partir do cenário descrito acima, a acupuntura, técnica mais conhecida da MTC, ganhou destaque no ocidente, sendo ela a grande impulsionadora desta medicina milenar. Atualmente praticada em quase todos os países ocidentais, a acupuntura foi introduzida em modernas clínicas e tem experimentado um aumento expressivo de adeptos, tanto em números dos que praticam, como em número dos que se submetem ao seu tratamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) concede aval e encoraja seu uso pelos países membros, tendo sido criado um documento intitulado: Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional (MT) 2002-2005, com vistas ao desenvolvimento de políticas para a implantação de MT, estabelecendo requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso (XIMENES NETO; MARTINI, 2009; LIN; HSING; PAI, 2008; KUREBAYASHI; OGUISSO; FREITAS, 2009).

Embora a acupuntura seja o carro chefe da MTC no ocidente, ela não deve ser confundida como sinônimo da própria. Esta técnica, que consiste no uso de agulhas em determinados pontos do corpo com o intuito de regular funções orgânicas, juntamente com moxabustão, fitoterapia, dieta saudável e exercícios físicos como tai-chi-chuan, constituem o que se designa hoje como Medicina Tradicional Chinesa. Inicialmente pautada num modelo oracular e sem diferenciação clara entre as funções do sacerdote e do terapeuta, hoje a MTC se aproxima cada vez mais da Medicina Ocidental ou da Racionalidade Biomédica (SOUZA, 2008; MEDEIROS; SAAD, 2009; LIN; HSING; PAI, 2006).

Em busca de aceitação nos países ocidentais, a acupuntura foi e ainda é submetida a experiências científicas que tentam desvendar o seu mecanismo de ação embasado nas teorias

da ciência biomédica, ignorando desta forma toda a metodologia e conceituações da ciência medica chinesa que fazem dela uma racionalidade médica.

Neste sentido, Palmeira (1990) relata que a crise da medicina científica e de seu paradigma mecanicista pode ser um dos fatores responsáveis pela maior aceitação da acupuntura no ocidente. Se isto é verdade, os estudos científicos sobre acupuntura serão de pouca utilidade, enquanto persistirem em negar a possibilidade de uma medicina que tem a sua lógica própria, diferente daquela da ciência ocidental.

### 2.1.3.2 Acupuntura no Brasil

A história da acupuntura no Brasil tem dois grandes momentos: primeiro sua negação como instrumento eficaz de auxilio terapêutico por parte de grupos hegemônicos, como a corporação médica e segundo sua aceitação e institucionalização dos serviços e formação em acupuntura, gerando conflito inter e intra categorias profissionais (PACHECO, 2011).

No Brasil, a abordagem naturista e antitecnológica presente nos movimentos da contracultura iniciados na década de 1960 fizeram pontos de contato com a tradição popular que atribui uma importância significativa a aspectos espirituais nas questões da saúde, promovendo assim a aceitação de terapias não convencionais, como a acupuntura. Embora se opunham ao modelo capitalista, estas acabaram gradativamente se inserindo na sociedade sob as regras de regulação social do mercado capitalista (SOUZA, 2008; NASCIMENTO, 1998).

Nesse sentido, a história da MTC também está, até certo ponto, relacionada com a crise da saúde e a crise médica brasileira, geradas pela falta de credibilidade social à chamada medicina científica ocidental. Segundo Luz (2005), a crise da saúde pode ser vista, inicialmente, como efeito do crescimento das desigualdades nas sociedades capitalistas, submetidas às leis de uma economia que domina o planeta, isto é, a “globalização”, que direta ou indiretamente está ligada com processos de exclusão social.

Após esta breve contextualização histórica da acupuntura no Brasil, é importante apontar alguns marcos sociais da prática da acupuntura brasileira, principalmente, a sua organização profissional e a sua inserção nas diversas categorias da saúde.

Sobre a organização profissional, em 1961 foi fundada a Associação Brasileira de Acupuntura (ABA). Em 1981, na cidade de São Paulo, o médico Wu Tou Kwang funda a Clínica Escola CEATA, se tornando, quem sabe, o mais expressivo defensor da acupuntura



para acupunturistas em uma perspectiva multiprofissional. Na mesma cidade, Ysao Yamamura, médico ortopedista e acupunturista, fundou o Centro de Pesquisa e Estudo em Medicina Chinesa, vinculado à Universidade de São Paulo, se tornando um importante defensor da acupuntura apenas para médicos e odontólogos (KUREBAYASHI, 2007).

No que diz respeito à inserção da acupuntura nas diferentes profissões da saúde, destaca-se o fato de que enquanto o Conselho Federal de Medicina negava a acupuntura enquanto especialidade médica, chegando a coibir sua prática entre os médicos, as demais profissões da saúde tentavam definir critérios para inseri-la como especialidade (PACHECO, 2011).

Assim, gradativamente vários profissionais da saúde foram se formando em diferentes cursos livres e de especialização pelo Brasil e os Conselhos de Classe de algumas profissões da saúde foram regularizando a atuação destes profissionais, destacando quase sempre em suas resoluções que a prática ou a profissão de acupunturista é ensinada no país para diferentes profissionais da saúde desde 1958 (PACHECO, 2011). Nesse contexto, atualmente oito Conselhos reconhecem a acupuntura:

- a) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) - resolução nº. 60 de 1985 regula a prática da acupuntura pelo fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e a Resolução nº. 219/2000 a reconhece como especialidade profissional do fisioterapeuta;
- b) Conselho Federal de Biomedicina (CFBM) – resolução nº. 2 de 25 de março de 1995;
- c) Conselho Federal de Medicina (CFM) – resolução 1455 de 1995 reconhece a validade da acupuntura, contra a sua própria resolução 467/72, a qual definia que a acupuntura não era especialidade médica. Em 2003, através da resolução nº. 1666, normatiza que para ser especialista o médico deve ter formação de dois anos em programa de residência médica e concurso no colégio médico de acupuntura;
- d) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – resolução nº. 197 de 1997;
- e) Conselho Federal de Farmácia - resolução nº. 353 de 23 de agosto de 2000;
- f) Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) - resolução nº. 272 de 20 de abril de 2001;
- g) Conselho Federal de Psicologia (CFP) - resolução 005 de 24 de maio de 2002;
- h) Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) – resolução nº. 069 de 2003.

i) Conselho Federal de Odontologia (CFO) – resolução nº 82 de 2008.

Em resumo, todas as resoluções citadas acima situam a acupuntura como uma prática ou especialidade complementar em suas respectivas áreas, desprezando tanto a sua racionalidade quanto a sua visão integral de saúde. Dito de outra forma, todas estas profissões agregaram a acupuntura ao seu campo de conhecimento como se a acupuntura fosse apenas uma técnica de auxílio à sua prática (PACHECO, 2011).

## 2.2 PÓS-GRADUAÇÕES NO BRASIL

Universidades de pesquisa e de pós-graduação compõem o topo da pirâmide do sistema de ensino. A maior parte dos países tem um sistema diversificado e robusto, pois na era da sociedade do conhecimento, nenhum país pode dispensá-lo (STEINER, 2005).

No Brasil, a diversidade institucional do sistema cresceu nos anos de 1990, passando a desempenhar uma pluralidade de funções na formação acadêmico-profissional. Do ponto de vista legal, o sistema está constituído de universidades, centros universitários, faculdades reunidas e faculdades (Decreto nº 3.860 de 9/7/2001). Elas podem ser instituições públicas ou privadas e estas últimas podem ser comunitárias, confessionais, ou empresariais. Nem todas as universidades são universidades de pesquisa e as que o são, não fazem toda a pesquisa com a mesma intensidade assim como nem todas são de pós-graduação e as que são, não a fazem da mesma forma (STEINER, 2005; MARTINS, 2000; LOBO, 2004; VELLOSO, 2003).

Levando-se em conta o caráter das instituições de pesquisas brasileiras, Steiner (2005) relata que

(...) As universidades e institutos públicos são amplamente dominantes entre as instituições de doutorado. As instituições comunitárias/ filantrópicas têm uma participação significativa nas instituições de doutorado e crescente nas de mestrado e já são duas vezes mais frequentes entre as instituições de graduação. Já as instituições particulares estão totalmente ausentes entre as instituições de doutorado e as de mestrado diversificadas. Elas já têm, no entanto, uma presença significativa e crescente entre as instituições de mestrado intermediárias, restritas e especializadas.

Na década de 1940 foi pela primeira vez utilizado formalmente o termo pós-graduação no Brasil, no Artigo 71 do Estatuto da Universidade do Brasil. Na década de 1950 começaram a ser firmados acordos entre Estados Unidos e Brasil que implicavam uma série de convênios

entre escolas e universidades norte-americanas e brasileiras por meio do intercâmbio de estudantes, pesquisadores e professores (SANTOS, 2003).

O grande impulso da pós-graduação no Brasil se deu na década de 1960. A modernização do Brasil neste período deu-se dentro de um contexto de integração entre países periféricos e países centrais. Essa integração implicava a expansão de mercados consumidores nos países periféricos e o fomento dos centros produtores de Ciência e Tecnologia (países centrais). O objetivo das nações mais desenvolvidas era o aumento de mercados consumidores e o desestímulo à concorrência científica ou tecnológica (SANTOS, 2003).

As duas tendências mais fortes que marcaram a pós-graduação brasileira foram a européia, (principalmente na USP) e a norte-americana (ITA, Universidade Federal de Viçosa e Universidade Federal do Rio de Janeiro), sendo esta última a que as principais marcas deixou.

Foi neste contexto de dependência em relação às nações centrais que se deu a instalação da pós graduação no Brasil. Uma sociedade dependente vincula-se a outra, supostamente mais organizada e desenvolvida, para estabelecer uma relação de “parceria subordinada”. Tal dependência, contudo, é extremamente nociva mormente na área da pesquisa, uma vez que a compra de *know-how* estrangeiro se torna um mau negócio por desestimular as iniciativas de desenvolvimento tecnológico do país importador, limitando a formação de cientistas e pesquisadores. Nesse contexto, o valor do cientista depende do impacto internacional que seu trabalho tem e da consonância do tema de sua pesquisa com os interesses dos países desenvolvidos (SANTOS, 2003).

Steiner (2005) refere que há no Brasil nove universidades de pesquisa e doutorado diversificadas que são instituições de referência nacional ou regional. Todas elas são públicas, sendo três estaduais (paulistas) e seis federais. A distribuição regional é bastante irregular, sendo que cinco se localizam no Sudeste (USP, Unicamp, Unesp, UFRJ e UFMG), duas no Sul (UFRGS e UFSC), uma no Nordeste (UFPE), uma no Centro-Oeste (UnB) e nenhuma na região Norte.

A distribuição geográfica da pós-graduação brasileira é bastante irregular. De acordo com Steiner (2005) é possível distinguir três macrorregiões com características e IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) muito distintos:

- O Sul-Sudeste, com IDH de 0,79 a 0,82, sai na frente com 89 instituições. A população destas duas regiões é de 101 milhões de habitantes, 56% da população brasileira.

- O Nordeste, com IDH de 0,65 a 0,70, apresenta quinze instituições. A população desta região é de 68 milhões de habitantes, 38% da população brasileira.
- A Amazônia, com IDH entre 0,70 a 0,72, tem apenas cinco instituições. A população desta região é de cerca de vinte milhões de habitantes.

A região Sudeste/ Sul tem a maior densidade populacional e gera conhecimento na mesma proporção. Já no Nordeste, as concentrações populacionais não produzem conhecimento na mesma proporção. Na Amazônia, há baixa concentração populacional e baixa produção de conhecimento (STEINER, 2005).

Regiões distintas do País têm distintos padrões de instituições envolvidas na pós-graduação. Na região Sudeste, por exemplo, responsável por mais da metade das cento e dezessete instituições de pós-graduação no Brasil, existem vinte e uma instituições federais, dez estaduais ou municipais, vinte comunitárias/ filantrópicas (das quais nove têm origem confessional) e doze particulares. Já a região sul se distingue por ter uma forte presença de instituições comunitárias (doze) e apenas uma particular. O Norte/ Nordeste caracteriza-se pela quase ausência de um sistema comunitário (STEINER, 2005),

Dentro de determinada região também ocorrem situações bastante díspares. No Estado de São Paulo, por exemplo, o sistema universitário é dominado pelas três grandes universidades estaduais. No setor privado, há forte presença das universidades confessionais, num total de cinco. Nota-se, no entanto, um déficit de universidades federais, bem como de um sistema comunitário não-confessional, o que acabou gerando o grande crescimento das universidades particulares. Esta ausência das universidades comunitárias também é notada em Minas Gerais, que possui uma presença forte de universidades federais. A natureza institucional da pós-graduação de Minas Gerais é bastante distinta da de São Paulo e se assemelha à do Nordeste (STEINER, 2005).

É de se notar que existem diversas instituições não universitárias que oferecem programas de pós-graduação. Por exemplo, entre as instituições de pesquisa e de doutorado, notamos a presença da Fiocruz no Rio de Janeiro, Inpe, ITA, FGV-SP e FCMSCSP em São Paulo e Inpa no Amazonas (STEINER, 2005).

A formação de doutores no Brasil, segundo Steiner (2005), por área de concentração se dá da seguinte forma: ciências agrárias (13%), ciências biológicas (13%), ciências da saúde (19%), ciências exatas e da terra (11%), engenharia (13%), ciências sociais aplicadas (9%) e humanidades/educação (22%) (STEINER, 2005).

Existem seis universidades fortemente vocacionadas, entre as universidades de pesquisa e de doutorado no Brasil. Destas, quatro são de Ciências Agrárias (UFV, UFLA,

UFRRJ e UFRPE), uma Humanística (PUC-SP) e uma especializada em Ciências da Saúde (Unifesp). Temos, ainda, três instituições de pesquisa e de doutorado especializadas que não oferecem programas de graduação (Fiocruz, Inpa e Inpe). Além disto existem outras três instituições especializadas que oferecem cursos de graduação nas suas especialidades (ITA, FGV-SP e FCMSCSP). A Unifesp é a única universidade na categoria de instituição de pesquisa e de doutorado especializada (STEINER, 2005).

É senso comum no Brasil afirmar que instituições públicas têm ensino bom e que, em instituições privadas, o ensino tem qualidade freqüentemente questionável. No que se refere a pós-graduação, as estatísticas dizem, segundo Steiner (2005) que a produção do conhecimento quanto a sua qualidade não encontra discernimento entre as instituições públicas e privadas.

### 2.3 PESQUISAS EM SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

Ciência e tecnologia (CT) e educação qualificada são atividades cada vez mais reconhecidas como componentes fundamentais para o desenvolvimento econômico, vale dizer, tecnológico e industrial das nações. Indissociavelmente associadas nos países desenvolvidos e também naqueles com desenvolvimento recente, educação e CT compõem as bases essenciais de um ciclo virtuoso que subsidia o crescente progresso socioeconômico desses países (GUIMARÃES, 2004).

No Brasil, o complexo educacional universitário e, conseqüentemente, o sistema de CT foram ambos estruturados muito tardiamente e estão, ainda, em processo de consolidação. Ademais, os processos de ensino na educação fundamental e mesmo na graduação universitária brasileiros, predominantemente informativos que privilegiam a memorização em detrimento do processo formativo, vêm se mostrando bastante deficitários e perigosamente defasados da demanda por um ensino qualificado (GUIMARÃES, 2004).

A construção da pós-graduação revela outra característica importante das políticas de CT no País, que também ajuda a compreender a versão brasileira do modelo baseado na ciência como “motor do progresso”. Trata-se do crescimento com um padrão horizontal, sem prioridades bem definidas, similar à estratégia de substituição de importações da industrialização brasileira (GUIMARÃES, 2006).

Não obstante, apesar da juventude do sistema educacional e científico, nas últimas quatro décadas houve considerável avanço no segmento de Ciência e Tecnologia no Brasil,

um desempenho claramente mostrado pelos indicadores internacionais. De fato, a produção científica brasileira cresceu, nas últimas décadas, em um nível excepcional, confirmado pelas publicações qualificadas pela indexação no Institute for Scientific Information (ISI, Filadélfia, EUA). Entre os 30 países mais destacados no *ranking* da ciência mundial os quais são responsáveis por 90% dessa produção, o crescimento do Brasil, em tão curto espaço de tempo, só foi menor do que o de alguns poucos países desse conjunto, que também tiveram crescimento excepcional: Coréia do Sul, Taiwan, China, Espanha e Turquia (GUIMARÃES, 2004).

Assim, o crescimento em CT vem sendo garantido pelas áreas mais consolidadas, destacando-se, entre essas, física, medicina, química, ciências biomédicas e subáreas das ciências agrárias, das engenharias e ciências humanas e sociais (GUIMARÃES, 2004).

No desempenho apresentado nesses 40 anos de atividades mais expressivas do Brasil em CT, constata-se, inequivocamente, maior destaque na produção das áreas mais tradicionais e, portanto, mais capacitadas em recursos humanos do nosso sistema de CT, a saber: física, medicina (com suas 30 subáreas), ciências biomédicas (bioquímica e biofísica, microbiologia, farmacologia, neurociências, biologia celular e do desenvolvimento, fisiologia e imunologia) e química que juntas produzem cerca de 70% da produção nacional. Acrescidas de algumas subáreas das ciências agrárias, das engenharias e das ciências humanas e sociais, esse total chega a cerca de 90% do total da produção científica brasileira (GUIMARÃES, 2004).

Tanto na ciência mundial como na brasileira, o conjunto de pesquisas que mais inclui contribuição significativa é o das áreas médica e biomédica, que juntas representam 40% na produção mundial e 36% na brasileira (GUIMARÃES, 2004).

Segundo Guimarães (2006), um levantamento realizado pelo *Global Forum for Health Research* mostra que em 2001 foram despendidos quase US\$106 bilhões com pesquisa e desenvolvimento em saúde em todo o mundo. As fontes públicas foram responsáveis por 44% e as privadas por 56% daquele montante. O mesmo levantamento indica ainda taxa de crescimento dos dispêndios de quase 25% entre 1998 e 2001. Cerca de 96% do total de recursos tiveram como fonte os países desenvolvidos.

O setor de saúde no Brasil mobiliza hoje entre 7,5% e 8% do PIB, sendo cerca de 40% desse esforço oriundo do setor público nas três esferas de governo. Além da imensa rede de prestação de serviços, o setor de saúde incorpora importante segmento industrial responsável pela fabricação de medicamentos, dispositivos diagnósticos, equipamentos, vacinas e hemoderivados. Este segmento é intensivo em tecnologia e inovação, embora essas atividades sejam desenvolvidas predominantemente no exterior (GUIMARÃES, 2006).

Em 2004, as atividades de pesquisa em saúde representavam cerca de um terço de toda a atividade de pesquisa no país, sem levar em conta as empresas. Grupos de pesquisa oriundos de todas as grandes áreas do conhecimento possuem linhas de pesquisa vinculadas ao setor de atividade “saúde humana”. Cerca de 50% dos grupos provêm das ciências da saúde e pouco menos de 25% das ciências biológicas. O quarto restante provêm das demais grandes áreas do conhecimento (GUIMARÃES, 2006).

A medicina é a área do conhecimento predominante em quase 20% dos grupos que realizam pesquisa em saúde, mas a dispersão pelas demais áreas é muito grande. Há pesquisa em saúde em grupos com atividades predominantes em 72 das 75 áreas da árvore do CNPq. No entanto, as 15 áreas mais presentes comparecem com 71% dos grupos (GUIMARÃES, 2006).

A distribuição geográfica das atividades de pesquisa em geral e da pesquisa em saúde apresentam o mesmo padrão de concentração regional: 63% dos grupos estão na região Sudeste, 17% na região Sul, 13% na região Nordeste, 5% na região Centro-Oeste e 2% na região Norte (GUIMARÃES, 2006).

O foco principal dos estudos está posto, de modo geral, sobre as relações entre atores públicos e privados com vistas ao desenvolvimento econômico. A articulação entre os sistemas nacionais de inovação e o aumento do bem-estar e a inclusão social é um terreno a ser ainda explorado.

A pesquisa em saúde pode ser subdividida em quatro segmentos: clínica, biomédica, tecnológica e em saúde pública, representando respectivamente 46, 8%, 24,7%, 15,2% e 13,2% das pesquisas na área da saúde no Brasil. Apenas 0,1% delas provêm de pesquisas não classificadas nas quatro áreas acima (GUIMARÃES, 2006).

### 3 METODOLOGIA

Aqui é apresentado o caminho que foi percorrido para atingir os objetivos deste trabalho. Inclui o tipo de estudo, cenário de pesquisa, unidade de análise, coleta de dados, análise dos dados, limitações do método e considerações éticas.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo foi utilizada para investigação uma abordagem qualitativa. Classifica-se, segundo Apolinário (2006), em pesquisa exploratória e de análise documental.

Segundo Appolinário (2006) a pesquisa qualitativa pressupõe a coleta de dados através de interações sociais do pesquisador com os fenômenos pesquisados. De acordo com Motta (2009) a pesquisa qualitativa analisa as percepções dos sujeitos pesquisados sobre o mundo que os rodeia. A abordagem do estudo é indutiva e supõe a realidade como subjetiva, podendo existir múltiplas realidades ao invés de uma. As respostas para o problema podem ser interpretadas global e individualmente.

A pesquisa classifica-se em exploratória e de acordo com Lakatos e Marconi (1991) este tipo de estudo são investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos.

Classifica-se como documental, pois os objetos da pesquisa são os resumos das dissertações e teses do banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para Marconi e Lakatos (2003), “a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos”.

#### 3.2 CENÁRIO DE PESQUISA



Toda a pesquisa foi realizada no Banco de teses da CAPES, disponível no site <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/Teses.do>. Tal ferramenta facilita o acesso a informações sobre teses e dissertações defendidas junto a programas de pós-graduação do país. O Banco de Teses faz parte do Portal de Periódicos da Capes/MEC e funciona com a CAPES disponibilizando resumos relativos a teses e dissertações defendidas a partir de 1987. As informações são fornecidas diretamente à Capes pelos programas de pós-graduação, que se responsabilizam pela veracidade dos dados. A ferramenta permite a pesquisa por autor, título e palavras-chave. O uso das informações da referida base de dados e de seus registros está sujeito às leis de direito autorais vigentes (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2011).

### 3.3 UNIDADES DE ANÁLISE

As unidades de análise foram os resumos das dissertações e das teses disponíveis no banco de teses da CAPES. Foram critérios de inclusão: (1) resumo de pesquisa clínica em acupuntura (dissertações ou teses). (2) Resumos publicados no período que compreende janeiro de 1991 a junho de 2011. Foram critérios de exclusão: (1) teses e dissertações que não apresentaram o resumo na íntegra; (2) resumos que tratem de revisões sistemáticas; (3) resumos que não estudam pesquisa clínica.

### 3.4 COLETA DE DADOS

No período de primeiro a quinze de junho de 2011 foi feito um levantamento de resumos de teses de doutorado e dissertações de mestrado disponibilizadas no banco de Teses da CAPES. Na busca pelo tema de interesse foram usadas como palavras chave “acupuntura” e “acupuntura clínica”. Por ser uma base de dados que fornece informações de programas de pós-graduação brasileiros, a busca se delimitou a trabalhos nacionais e escritos em língua portuguesa. Como resultado desta busca, foram encontrados no Banco de Teses da CAPES

171 resumos de teses e dissertações. Destes, foram inclusos 49 resumos por estarem dentro dos critérios de inclusão pré-estabelecidos (estudos clínicos de acupuntura em seres humanos). Desta forma, estes 49 resumos compuseram o corpo deste trabalho.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados de natureza qualitativa escolhida para nortear este projeto é análise de conteúdo. Esta técnica é essencialmente interpretativa e amplamente utilizada no estudo de textos e documentos. Tem como finalidade analisar, interpretar e compreender as mensagens postas em um documento, sejam hipóteses ou conteúdos implícitos (MOTTA, 2009).

Bardin (2009) descreve a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativo ou não) que permitem a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção dessas mensagens.

Dentre as abordagens existentes de análise de conteúdo, a análise temática é apontada como a mais apropriada para investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2007). Esse tipo de análise parte de diferentes fases cronológicas operacionais para o método, tal como ensina Bardin (2009), a começar pela (1) pré-análise, seguida de (2) exploração do material - codificação - e, por fim, (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise é a fase da organização do material a ser analisado e tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias. Nessa etapa, o pesquisador toma contato direto e com o material, faz primeiro uma leitura flutuante até tornar-se mais precisa (BARDIN, 2009).

A segunda fase, exploração do material (codificação), antecede a análise propriamente dita e é a ocasião da administração das técnicas sobre o *corpus* do trabalho. Nessa etapa, os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2009).

O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação formam a terceira fase. Bardin (2009) coloca que nessa etapa os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo a inferência das mensagens sobre o conteúdo pesquisado. Nesse sentido, a análise de conteúdo não se restringe à descrição dos conteúdos, mas sim na capacidade de

inferir sobre a comunicação, recorrendo aos indicadores. Ressalta-se ainda que as categorias são dadas a priori, que são as cinco dimensões de uma racionalidade médica, discutida na sessão 2.1.1.

### 3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

As limitações do método na presente investigação estão principalmente relacionadas ao método de estudo qualitativo utilizado. Minayo (2007) distingue uma lista de características potencialmente limitantes nesse tipo de pesquisa, destacando-se: a implicação dos valores, emoção e visão de mundo do pesquisador na análise dos resultados; corre-se o risco da ênfase na descrição dos fenômenos em detrimento da análise dos fatos.

A pesquisa se valeu de resumos de bases documentais apenas, fator que a deixou sujeita a análise do pesquisador e em consequência limitada a sua visão.

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) pretere que todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos seja submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição envolvida para avaliação (BRASIL, 1996). Como este projeto não envolve seres humanos, ele não necessita da aprovação do CEP da Universidade do Sul de Santa Catarina.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão são apresentados os resultados obtidos na pesquisa com sua respectiva discussão. Eles foram separados em sete tópicos: tendências da produção de teses e dissertações em acupuntura clínica envolvendo seres humanos, temas de pesquisa em acupuntura clínica, tipos de acupuntura usados nas pesquisas, produção em pesquisa clínica com acupuntura segundo instituições de ensino e pesquisa, regiões e estados brasileiros mais produtivos, caracterização dos pesquisadores segundo gênero e formação e por último racionalidades médicas que balizam os estudos em acupuntura clínica no Brasil.

### 4.1 TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO DE TESES E DISSERTAÇÕES EM ACUPUNTURA CLÍNICA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Foram encontrados no total 49 trabalhos de pós-graduação *stricto sensu*, sendo 37 dissertações de mestrado (76%) e 12 teses de doutorado (24%), produzidas desde o ano de 1991 até 2009. O gráfico 1 mostra a frequência relativa de teses e dissertações produzidas no Brasil.

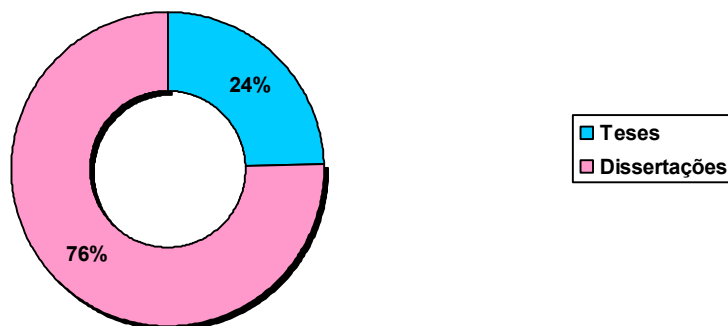


Gráfico 1: Frequência relativa do total de teses e dissertações  
Fonte: elaborado pelo autor, 2011

Consideravelmente, o número de dissertações é superior ao de teses, chegando a um volume três vezes maior. O gráfico 2 mostra os valores absolutos da produção de teses e dissertações desde o ano de 1991 até 2009.

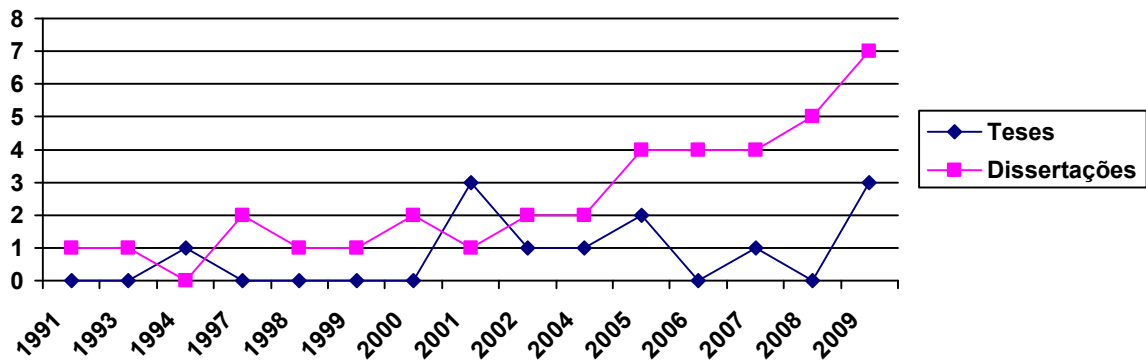


Gráfico 2: Frequência absoluta de teses de doutorado e dissertações de mestrado produzidas em estudos clínicos com acupuntura em seres humanos no período de 1991 a 2009

Fonte: elaborado pelo autor, 2011

Através deste gráfico observa-se que a tendência das dissertações é crescente ao longo do período e quanto as teses, essas tem apresentado variações nas publicações. Uma das possíveis causas do aumento do número de trabalhos a nível de mestrado pode estar relacionada com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC/SUS), em vigor no Brasil desde 2006, com o intuito de incentivar a prática de terapias alternativas e complementares no sistema de saúde brasileiro. Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006).

#### 4.2 TEMAS DE PESQUISA EM ACUPUNTURA CLÍNICA

Os temas e pesquisa são bem variados e de um modo geral podem ser classificados em: dor, sintomas psicoafetivos, qualidade de vida, imunidade, regeneração tecidual e efeitos no sistema nervoso. A tabela 1 mostra os temas encontrados em cada trabalho.

Tabela 1: Temas das pesquisas encontradas

(continua)

Tema da pesquisa	Nº de teses	Nº de dissertações
Menopausa e seus sintomas	1	0
Dor e consumo de analgésicos no pós-operatório odontológico	0	1
Síndrome da apnéia obstrutiva do sono	2	0
Náusea e vômito pós-operatório	0	1
Poliqueixas psicoafetivas de usuários de CAPS	0	1
Rinite alérgica	0	1
Cervicalgia tensional	0	2
Desempenho físico de sedentários	0	1
Desempenho físico de atletas de alto rendimento	0	1
Incontinência urinária	0	1
Tensão muscular	0	1
Hipertensão arterial sistêmica	0	1
Qualidade do esperma na oligoastenozoospermia	1	0
Laser em deficiência neurossensorial	0	1
Fibromialgia	2	1
Xerostomia decorrente de radioterapia	0	1
Dor, qualidade de vida e sintomas de tensão pré-menstrual	0	1
Dor em disfunção temporomandibular	0	1
Efeito hipertônico muscular	0	1
Algias e sintomas psicoafetivos	0	1
Queixas não obstétricas de gravidez	1	0
Dor no trabalho de parto	1	1
Dor lombar na gestação	0	1
Artrite reumatóide	0	1
Gonartrose	0	1
Pós-operatório de joelho (dor e regeneração tecidual)	1	1
Dor no joelho	0	1
Alongamento muscular passivo	0	1

Tabela 1: Temas das pesquisas encontradas

		(continuação)
Náusea e vômito por quimioterapia	1	0
Lombalgia	1	1
Comportamento do sistema nervoso	0	1
Imunidade e sintomas psicoafetivos	0	1
Doença arterial periférica	0	1
Zumbido de ouvido	0	1
Pinçamento subacromial sem lesão de manguito rotador	0	1
Ansiedade pré-operatória	0	1
Ansiedade pré-operatória em odontologia	0	1
Processos regenerativos de pós-operatório	0	1
Ansiedade e apetite em obesos	0	1
Qualidade de vida na dor crônica	0	1
Reabilitação pós-cirúrgica de câncer de mama	1	0
Qualidade de vida em idosos	0	1
TOTAL	12	37

Fonte: elaborada pelo autor, 2011

O que mais chama a atenção nos trabalhos é o número considerável deles dedicados ao estudo da dor. A dor é um dos sintomas que mais acometem a população de um modo geral e a acupuntura no ocidente esta estritamente relacionada ao tratamento dela, principalmente no que se refere a questões músculo-esqueléticas e neurológicas, como é o caso das lombalgias, gonalgias, cervicalgias e dores pós-operatórias.

Outro fator importante que merece destaque são os sintomas psicoafetivos e efeitos na qualidade de vida, incluindo melhora do sistema imunológico. Este fato pode estar relacionado ao fato de a acupuntura apresentar baixo custo e estar praticamente isenta de efeitos colaterais, contribuindo assim para a diminuição do consumo de psicofarmacos e medicações de uso contínuo usadas pelo público idoso (por exemplo antihipertensivos e antiinflamatórios).

Algumas pesquisas visam a compreensão do mecanismo de ação da acupuntura, pois acreditam os pesquisadores que tal mecanismo esta intimamente ligado a alterações do sistema nervoso promovido pela estimulação das agulhas na pele.

Chama a atenção também o número de trabalhos dedicados a avaliar os efeitos pós-cirúrgicos, principalmente no que confere ação de regeneração tecidual do tecido lesado.

#### 4.3 TIPOS DE ACUPUNTURA USADOS NAS PESQUISAS

Quanto ao tipo de acupuntura empregado na pesquisa, foram identificados: auriculopuntura, laserpuntura, eletroacupuntura, craniopuntura e acupuntura sistêmica. Algumas pesquisas usavam mais de um método que incluía de 2 a 3 dos tipos citados acima. A tabela 2 mostra a frequência absoluta do tipo de acupuntura em cada trabalho.

Tabela 2: Tipo de acupuntura utilizado nas pesquisas

Tipo de acupuntura	Nº de dissertações	Nº de teses	Total
Laserpuntura	3	0	3
Eletroacupuntura	2	0	2
Auriculopuntura	2	0	2
Craniopuntura	1	0	1
Acupuntura sistêmica	22	7	29
Acupuntura sistêmica e eletroacupuntura	1	2	3
Acupuntura sistêmica e moxabustão	2	1	3
Acupuntura sistêmica e auriculopuntura	1	1	2
Acupuntura sistêmica e laserpuntura	1	0	1
Eletroacupuntura e auriculopuntura	1	0	1
Auriculopuntura e laserpuntura	1	0	1
Acupuntura sistêmica, eletroacupuntura e auriculopuntura	0	1	1
Total	37	12	49

Fonte: elaborada pelo autor, 2011

A acupuntura sistêmica se destaca na pesquisa com vinte e dois estudos e com mais seis estudos associados com outras técnicas, sendo o método predominante usado nas pesquisas. É dela que se derivam as outras modalidades e o grande número de trabalhos envolvendo-a pode ser devido ao fato de ela ser a forma mais tradicional de aplicação.



A laserpuntura também se destaca com três estudos isolados e com dois estudos associados a outras técnicas. É até o momento a forma de acupuntura com maior desenvolvimento tecnológico, pois envolve o emprego de laser nos pontos de acupuntura.

Assim como a laserpuntura, a eletroacupuntura ocupa um lugar importante nas pesquisas. Há dois estudos envolvendo isoladamente esta técnica e três associados com outras. Esta forma de acupuntura é bem aceita no meio científico por seus mecanismos de ação serem bem elucidados pela neurociência e fisiologia clássica ocidental.

Há dois estudos envolvendo a auriculopuntura e quatro que a associam com outras técnicas. Esta técnica é de uso fácil e uma das mais tradicionais formas de acupuntura de microsistemas (usa uma parte do corpo onde há pontos que representam todos os *zang fu*) e talvez por isso ela seja usada em associação com outros métodos. Assim como a auriculopuntura, a craniopuntura também é um método de microsistema, só que na cabeça. Foi usada em um estudo isolado.

A moxabustão foi usada apenas em um estudo associado a acupuntura sistêmica.

#### 4.4 PRODUÇÃO EM PESQUISAS CLÍNICAS COM ACUPUNTURA SEGUNDO INSTITUIÇÕES DE ENSINO E PESQUISA

Os trabalhos encontrados são oriundos de 21 instituições de pesquisa de caráter público (federal e estadual) e privado, pertencentes a oito estados da federação e de três regiões diferentes do Brasil: Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC) e Paraná (PR) da região Sul; São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Espírito Santo (ES) e Minas Gerais (MG) da região Sudeste; e Ceará (CE), representando o nordeste brasileiro.

Dentre as instituições onde as pesquisas foram desenvolvidas, sete são federais (33,33%), sete são estaduais (33,33%) e sete são particulares (33,33%). O gráfico 3 ilustra relativamente estes dados.

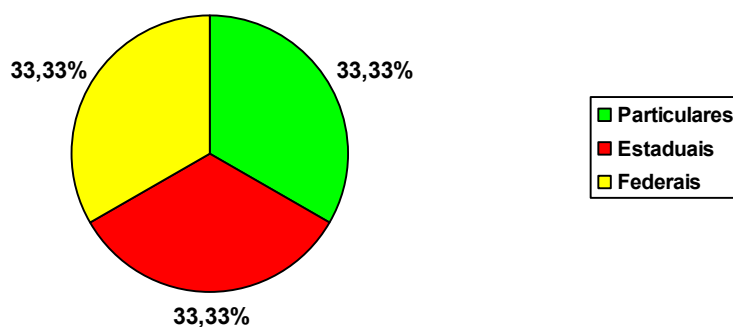


Gráfico 3: Frequência relativa da produção de trabalhos de mestrado e doutorado entre instituições privadas e públicas

Fonte: elaborado pelo autor, 2011

Como podemos observar no gráfico acima, o maior número de pesquisas com acupuntura são provenientes de instituições públicas, embora o número de pesquisas nas instituições privadas seja considerável. Isso demonstra que a discussão na área da acupuntura perpassa nas duas esferas (pública e privada) e contribui para que gradativamente este tema seja incorporado no cotidiano do País.

A frequência absoluta de instituições públicas e privadas de pesquisa na área de acupuntura clínica, por estado da federação brasileira podem ser elucidados no gráfico 4.

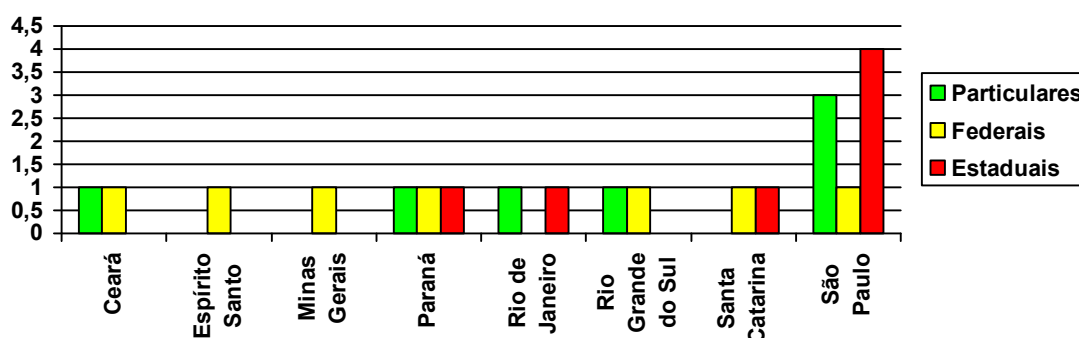


Gráfico 4: Frequência absoluta de instituições públicas e privadas por estado brasileiro com pesquisa clínica em acupuntura em seres humanos

Fonte: elaborado pelo autor, 2011

As instituições de pesquisa que produziram trabalhos entre os anos de 1991 e 2009 no Brasil sobre acupuntura clínica, com seu respectivo caráter e estado da federação, são as seguintes: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP, estadual, SP), Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN, estadual, SP), Pontifícia Universidade

Católica do Paraná (PUCPR, particular, PR), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, particular, RS), Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic (Faculdade de odontologia São Leopoldo Mandic, particular, SP), Universidade Castelo Branco (UCB, particular, RJ), Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC, estadual, SC), Universidade Estadual de Maringá (UEM, estadual, PR), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, estadual, RJ), Universidade Federal do Ceará (UFCE, federal, CE), Universidade federal do Espírito Santo (UFES, federal, ES), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF, federal, MG), Universidade Federal do Paraná (UFPR, federal, PR), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, federal, RS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, federal, SC), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP, estadual, SP), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, federal, SP), Universidade de Fortaleza (UNIFOR, particular, CE), Universidade de Franca (UNIFRAN, particular, SP), Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP, particular, SP) e Universidade de São Paulo (USP, estadual, SP).

A tabela 3 mostra as instituições de pesquisa e o número de teses e dissertações produzidos por cada uma delas.

Tabela 3: Instituições e o número de teses e dissertações em cada uma delas

(continua)

Instituição	Nº de teses	Nº de dissertações	Total de trabalhos
FAMERP	1	2	3
IPEN	0	1	1
PUC-PR	0	1	1
PUC-RS	0	3	3
SÃO LEOPOLDO MANDIC	0	1	1
UCB	0	1	1
UDESC	0	2	2
UEM	0	1	1
UERJ	0	1	1
UFCE	0	1	1
UFES	0	1	1
UFJF	0	1	1
UFPR	0	1	1

Tabela 3: Instituições e o número de teses e dissertações em cada uma delas

(continuação)

Instituição	Nº de teses	Nº de dissertações	Total de trabalhos
UFRGS	0	1	1
UFSC	0	1	1
UNICAMP	2	2	4
UNIFESP	6	6	12
UNIFOR	0	1	1
UNIFRAN	0	1	1
UNIVAP	0	4	4
USP	3	4	7
Total	12	37	49

Fonte: elaborada pelo autor, 2011.

A instituição com maior número de pesquisas é a UNIFESP com doze (seis teses e seis dissertações) seguida pela USP com sete (três teses e quatro dissertações), UNICAMP com quatro (duas teses e duas dissertações), UNIVAP com quatro dissertações, FAMERP com três (uma tese e duas dissertações), PUCRS com três dissertações, UDESC com duas dissertações e as outras quatorze instituições com uma dissertação cada uma.

Toda a produção de trabalhos é oriunda de 35 programas de pós-graduação diferentes, como mostra a tabela 4.

Tabela 4: Instituição e programas de pós-graduação *stricto sensu*

(continua)

Instituição	Programa de pós-graduação <i>stricto sensu</i>
FAMERP	Ciências da saúde
IPEN	Lasers em odontologia
PUCPR	Tecnologia em saúde
PUCRS	Gerontologia biomédica
	Medicina e ciências da saúde
São Leopoldo Mandic	Odontologia
UCB	Ciência da motricidade humana

Tabela 4: Instituição e programas de pós-graduação *stricto sensu*

(continuação)

Instituição	Programa de pós-graduação <i>stricto sensu</i>
UDESC	Ciências do movimento humano
UEM	Enfermagem
UERJ	Ciências médicas
UFCE	Enfermagem
UFES	Ciências fisiológicas
UFJF	Clínica odontológica
UFPR	Medicina (clínica cirúrgica)
UFRGS	Medicina (ciências médicas)
UFSC	Saúde pública
UNICAMP	Tocoginecologia
UNIFESP	Ciências aplicadas ao aparelho locomotor Distúrbios da comunicação humana (Fonoaudiologia) Medicina (Obstetrícia) Medicina (Urologia) Neurologia/Neurociências Ortopedia e traumatologia Psicobiologia Reabilitação Reumatologia
UNIFOR	Saúde coletiva
UNIFRAN	Promoção de saúde
UNIVAP	Bioengenharia
USP	Ciências (Fisiopatologia experimental) Medicina (Clínica cirúrgica) Medicina (Ginecologia e obstetrícia) Odontologia (Diagnóstico bucal) Patologia Saúde pública
Total	35

Fonte: elaborada pelo autor, 2011.

Todos os programas estão vinculados a grande área do conhecimento de ciências da saúde a qual pode ser subdividida em subáreas: medicina, biomedicina, tecnologia em saúde e saúde pública. Inclui-se em medicina todas as especialidades desta ciência, bem como a odontologia e a enfermagem. Na biomedicina estão inclusos os programas que tem por finalidade elucidar os efeitos fisiológicos da acupuntura no corpo e a esta subárea compete estudos de ciências fisiológicas, fisiopatologia, estudos do movimento humano, psicobiologia e gerontologia biomédica. A saúde pública compete toda área de abrangência da saúde coletiva ao passo que tecnologias em saúde busca o desenvolvimento de novas tecnologias para o setor.

#### 4.5 REGIÕES E ESTADOS MAIS PRODUTIVOS DO BRASIL

Esta sessão é dedicada a expor e analisar as regiões e estados que mais produzem trabalhos em acupuntura clínica no Brasil. O gráfico 5 mostra a frequência absoluta de trabalhos por região do Brasil.

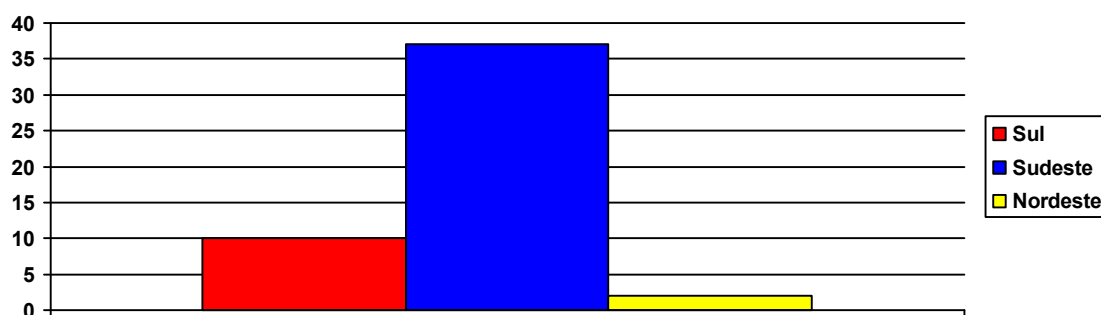


Gráfico 5: Frequência absoluta de trabalhos produzidos por região do Brasil

Fonte: elaborado pelo autor, 2011

A região sudeste soma ao todo 37 trabalhos, a região sul 10 trabalhos e o nordeste, representado unicamente pelo Ceará, soma 2 trabalhos. Percebe-se que grande parte da produção fica restrita as regiões sul e sudeste do Brasil, pois somente o estado do Ceará fica fora destas regiões. O gráfico 6 mostra os valores relativos da produção de trabalhos por região do Brasil.

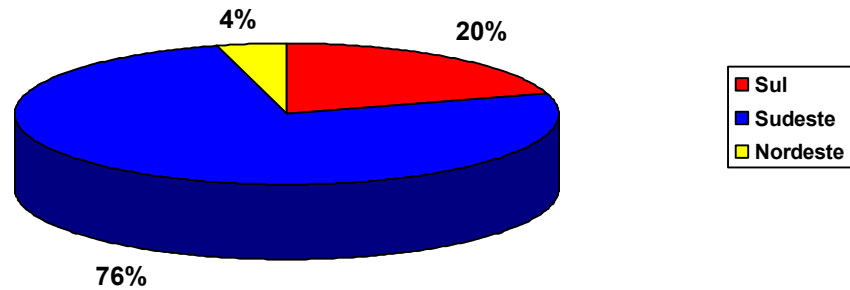


Gráfico 6: Frequência relativa de trabalhos por região do Brasil

Fonte: elaborada pelo autor, 2011

A região sudeste do Brasil é disparada a maior produtora de trabalhos sobre acupuntura clínica em seres humanos no Brasil. Ela apresenta a maior taxa do PIB brasileiro e concentra uma população aproximada de 80.400,00 pessoas, representando 44 de cada 100 brasileiros, daí sua importância no cenário de pesquisas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). A região Sudeste/ Sul tem a maior densidade populacional e gera conhecimento na mesma proporção. Já no Nordeste, as concentrações populacionais não produzem conhecimento na mesma proporção (STEINER, 2005). O gráfico 7 mostra a produção de trabalhos por estado brasileiro.

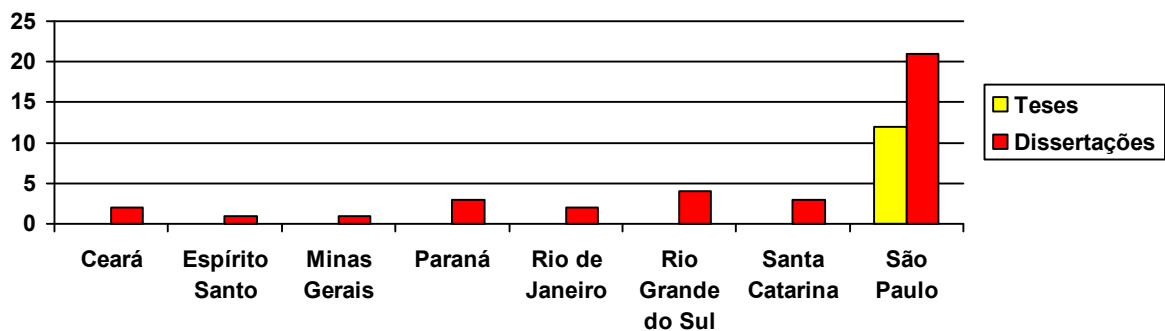


Gráfico 7: Frequência absoluta de teses de doutorado e dissertações de mestrado produzidas por estados brasileiros em pesquisa clínica com acupuntura em seres humanos

Fonte: elaborada pelo autor, 2011

No estado de São Paulo se encontram o maior número de pesquisas na área de interesse deste trabalho, a acupuntura clínica em seres humanos. No total, São Paulo tem trinta e três dos quarenta e nove trabalhos, dos quais doze são teses de doutorado e vinte e um são dissertações de mestrado, sendo assim unânime na produção de teses no Brasil. Todas

as teses encontradas foram produzidas em quatro instituições paulistas: UNIFESP (seis teses), USP (três teses), UNICAMP (duas teses) e FAMERP com uma tese. Já as dissertações foram produzidas em 8 instituições: UNIFESP com seis dissertações, USP e UNIVAP com quatro cada uma, FAMERP e UNICAMP com duas cada uma e IPEN, UNIFRAN e São Leopoldo Mandic com uma cada uma.

O segundo estado com maior número de dissertações é o Rio Grande do Sul, com quatro produções realizadas em duas instituições: uma na UFRGS e três na PUCRS. Logo em seguida, vem os estados de Santa Catarina e Paraná com três produções para cada estado, nas seguintes instituições: UFSC com uma dissertação e UDESC com duas dissertações (SC) e UEM, UFPR e PUCPR com uma dissertação cada (PR). Os estados do Rio de Janeiro e do Ceará apresentam 2 dissertações cada nas seguintes instituições: UCB e UERJ com uma dissertação cada (RJ) e UFCE e UNIFOR também com uma dissertação cada (CE). Por último aparecem os estados de Minas Gerais e Espírito Santo com uma dissertação para cada estado realizadas na UFJF e na UFES. O gráfico 8 mostra o percentual por estado na produção de dissertações.

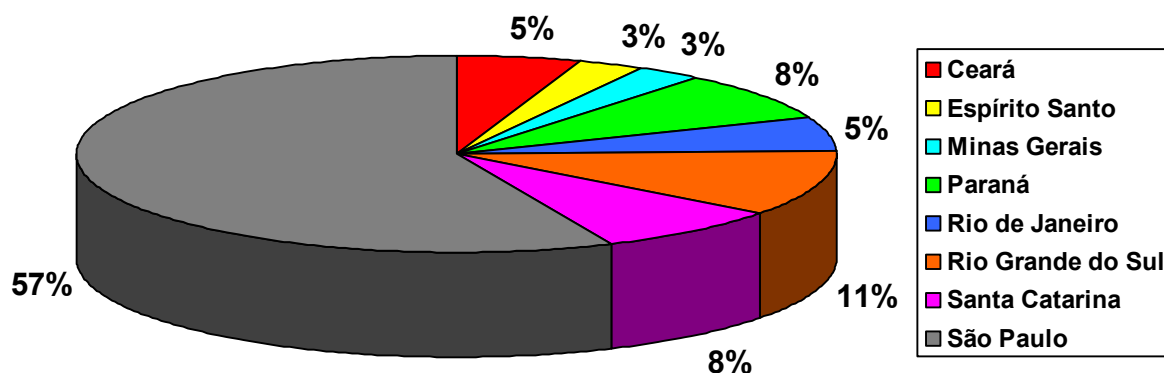


Gráfico 8: Frequência relativa de dissertações por estado brasileiro

Fonte: elaborado pelo autor, 2011

Como dito anteriormente, São Paulo é o único estado a produzir teses no Brasil em acupuntura clínica e por isso tem 100% delas desenvolvidas no seu território. Quanto às dissertações, São Paulo detém mais da metade dos trabalhos, chegando a 57%. Logo em seguida vem o Rio Grande do Sul com 11%, Paraná e Santa Catarina com 8 % cada, Rio de Janeiro e Ceará com 5 % e Minas Gerais e Espírito santo com 3 % cada.

Vale ressaltar um dado importante: o estado de São Paulo é maior produtor de pesquisas no país e é por isso, neste caso, que a região sudeste do país também se destaca. Se



excluíssemos este estado da região sudeste, ela ficaria, em termos de produção do interesse deste trabalho, atrás da região sul.

#### 4.6 CARACTERIZAÇÃO DOS PESQUISADORES: GÊNERO E FORMAÇÃO

Os pesquisadores brasileiros tem as mais diversas formações. A esse respeito observemos o gráfico 9, que mostra a área de formação e gênero.

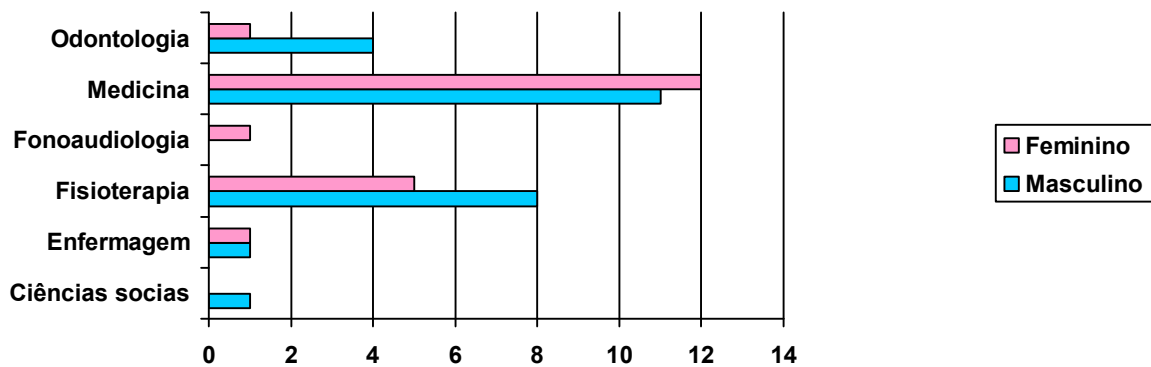


Gráfico 9: Frequência absoluta da áreas de formação dos pesquisadores e gênero

Fonte: elaborada pelo autor, 2011

Os pesquisadores são em número de quarenta e cinco com formação em seis diferentes áreas. Medicina é a formação mais prevalente entre os pesquisadores, totalizando vinte e três dos quais onze são do sexo masculino e 12 do sexo feminino. A fisioterapia também se destaca como área de formação com treze pesquisadores, dos quais 8 são homens e 5 são mulheres. A odontologia conta cinco pesquisadores, quatro homens e uma mulher. A enfermagem tem dois representantes, um de cada sexo. Fonoaudiologia conta com uma pesquisadora e ciências sociais com um pesquisador. O gráfico 10 apresenta o percentual por área de formação dos pesquisadores.

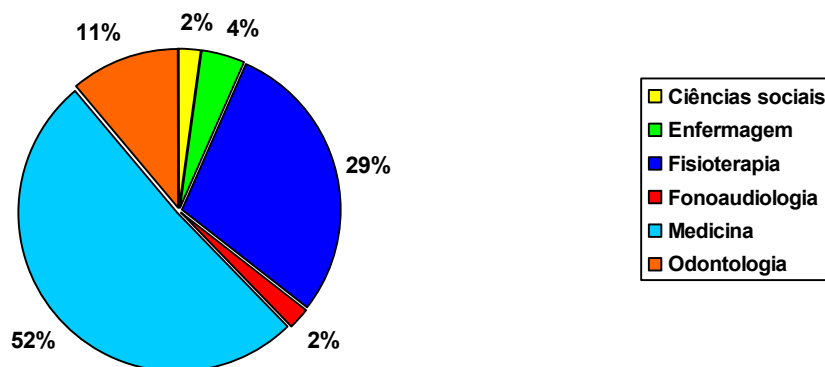


Gráfico 10: frequência relativa por área de formação dos pesquisadores

Fonte: elaborado pelo autor, 2011

Como podemos observar no gráfico 10, mais da metade dos pesquisadores são formados em medicina (52%), seguido pela formação em fisioterapia (29%), odontologia (11%), enfermagem (4%) e fonoaudiologia e ciências sociais com 2% cada.

Devido a crise atual que vive a biomedicina e a insatisfação com seus tratamentos oferecidos, alguns médicos vêem na acupuntura uma medicina de futuro e uma nova forma de tratar doenças, mesmo sendo a acupuntura uma técnica usada a milênios pela tradicional medicina chinesa. Outro fator que chama a atenção dos médicos é a ausência de efeitos indesejáveis proporcionados pela acupuntura, podendo ser usada juntamente com tratamento convencional da biomedicina ou uma alternativa a esta (IORIO; SIQUEIRA; YAMAMURA, 2010).

Conforme visto no item 2.1.3.2 do referencial teórico, a fisioterapia foi a primeira profissão a regulamentar a acupuntura como especialidade no Brasil. Este pode ser destacado como um dos fatores que movem o interesse desta classe de pesquisadores em relação a acupuntura, visto que esta técnica pode ser um recurso muito útil em questões que envolvem o sistema musculoesquelético e nervoso, muito trabalhados pelos fisioterapeutas.

A odontologia é a mais recente classe profissional a incluir a acupuntura como recurso terapêutico de sua abrangência. O estudo da dor é o foco principal dos pesquisadores desta área, desde analgesia para procedimentos comuns a analgesia pós-operatória.

As outras classes profissionais destacadas anteriormente possuem pouca pesquisa clínica com acupuntura. Cabe ressaltar também que elas são áreas que se preocupam mais com questões subjetivas do ser humano e procuram sempre ter um olhar ampliado sobre os fenômenos que envolvem praticas terapêuticas, sejam elas biomédicas ou não. Por isso a maioria da produção científica envolvendo acupuntura ou medicina chinesa no olhar dos

pesquisadores com tais formações é de base epistemológica, mostrando respeito e analisando com cuidado a incorporação de racionalidades médicas diferentes da biomedicina.

O gráfico 11 mostra os valores relativos do gênero dos pesquisadores.

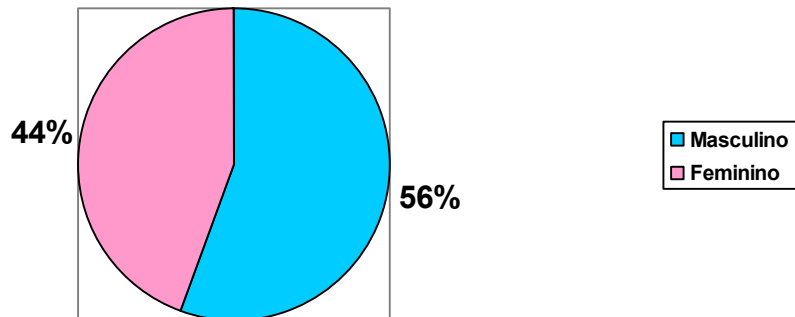


Gráfico 11: Frequência relativa quanto ao gênero dos pesquisadores

Fonte: elaborado pelo autor, 2011

Do total de quarenta e cinco pesquisadores, vinte são do sexo feminino (44%) e vinte e cinco do sexo masculino (56%). Percebe-se que há um predomínio de homens nesta área de pesquisa, porém não é um número muito maior que o de mulheres. Pode-se afirmar que há interesse de ambos os gêneros na pesquisa em acupuntura clínica.

#### 4.7 RACIONALIDADES MÉDICAS QUE BALIZAM AS TESES E DISSERTAÇÕES EM ACUPUNTURA CLÍNICA NO BRASIL

Acupuntura (MTC) e medicina convencional (biomedicina) têm histórias e trajetórias próprias, com avanços e conquistas que têm proporcionado benefícios a milhões de pessoas ao longo do tempo (IORIO; SIQUEIRA; YAMAMURA, 2010). Contudo, nos últimos anos, principalmente no ocidente, a biomedicina assumiu o posto de científica e por isso passou a ser a grande conhecedora e produtora de conhecimento “verdadeiro”, desprezando assim toda forma de conhecimento advindo de outra racionalidade que não a científica (TESSER, 2007).

Sendo a ciência biomédica a área do saber humano que mais produz pesquisas científicas no Brasil e no mundo, a acupuntura não passou despercebida por esta. Influenciada por um interesse financeiro que obedece a interesses capitalistas de algumas corporações, o número de pesquisas biomédicas para “elucidar” os mecanismos de ação da acupuntura ou se

ela “funciona” para tratar doenças tem crescido significativamente no Brasil, sobretudo a partir do ano 2000.

A racionalidade médica chinesa, na qual a acupuntura esta inserida, tem uma metodologia própria de entender os fenômenos envolvendo a saúde dos indivíduos, que é diferente da racionalidade biomédica. No Brasil, esta última é prática hegemônica dentro do sistema de saúde e muitas vezes os conceitos da racionalidade chinesa vão contra os preceitos que embasam a medicina científica. Uma tentativa de aproximar as duas linguagens é a pesquisa clínica em seres humanos para provar a eficácia da acupuntura, ou seja, traduz-se os conceitos e terapias chinesas (no caso a acupuntura) para a linguagem da ciência ocidental, que ganha assim aceitação do público e dos profissionais de saúde em atuação no Brasil por simplesmente ganhar o status de científica.

Em nenhum dos estudos pesquisados a racionalidade médica chinesa, com as dimensões que a caracterizam, foi levada em consideração. Algumas pesquisas citam a teoria *Yin e Yang*, a teoria dos cinco elementos ou a teoria dos *zang fu*, mas em nenhum momento elas servem de principio norteador da pesquisa, nem sequer são considerados os diagnósticos da MTC para explicar fenômenos (doenças ou sintomas), que por sua vez são inteiramente classificados de acordo com o paradigma positivista da medicina científica.

A este respeito, Palmeira (1990) descreve

(...) Se o crescimento da aceitação da acupuntura no ocidente pode ser o reflexo da crise da medicina científica, e se a crise da medicina ocidental se identifica com a crise de seu paradigma positivista, então os estudos 'científicos' da acupuntura pouco poderão contribuir para a superação dessa crise, enquanto insistirem em negar a possibilidade de uma medicina, de uma ciência de dois mil e quinhentos anos, que tem a sua lógica própria, diferente daquela da ciência ocidental.

Ainda na visão deste autor, é provável que a maior contribuição do oriente para a medicina ocidental não esteja em sua técnica, mas no seu saber, na sua visão holística do ser humano e no significado de equilíbrio que se busca com a terapia. Para se ter acesso a este saber tradicional, é preciso compreender os seus princípios e saber, por exemplo, perceber claramente o *Yin e Yang* no mundo, reconhecer na natureza, no céu e na terra, as seis energias e os cinco elementos, aprender a distinguir, no exame do paciente, onde está o frio e onde está o calor, onde estão as insuficiências e onde estão os excessos.

Para se ter acesso ao saber tradicional, será preciso admitir a possibilidade de que estas categorias possam se organizar em um sistema coerente cuja lógica, que orientou tanto a ordenação biológica quanto a ordenação social da China, durante a maior parte dos últimos vinte e cinco séculos, deve ser apreendida não só pelo estudo da medicina, como pela compreensão da religião, da filosofia, dos costumes, enfim, da história e da cultura da civilização chinesa (PALMEIRA, 1990).

A pesquisa científica em acupuntura, assim como em qualquer outra modalidade terapêutica, seja da MTC ou da biomedicina, é uma importante ferramenta de divulgação e aceitação das práticas. Portanto, ao estudá-las, seria pertinente que os pesquisadores levassem em consideração não apenas a técnica em si, mas o significado que ela representa bem como a metodologia que racionaliza tal forma de intervenção, para que assim se possa construir um conhecimento onde há respeito pelas diferentes formas de interpretar fenômenos, onde cada racionalidade médica possa ter sua história e seu legado preservado em prol da vida.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de teses e dissertações sobre acupuntura clínica envolvendo seres humanos no Brasil vem crescendo consideravelmente, sobretudo os trabalhos de mestrado, que contam com franca ascendência desde o ano de 2005, ao passo que a produção de trabalhos de doutorado apresenta variações ao longo dos anos.

Há vários programas de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil que promovem trabalhos na área de acupuntura clínica e pode-se destacar os programas que envolvem área de ciências médicas e biomédicas e em menor quantidade programas de saúde pública, enfermagem e bioengenharia.

Os temas de pesquisa de cada trabalho são bem variados e abrangem várias áreas das ciências da saúde. De uma maneira geral, pode classificá-los em: dor, sintomas psicoafetivos, qualidade de vida, imunidade, regeneração tecidual e efeitos no sistema nervoso.

As instituições de pesquisa são de caráter público (federais e estaduais) e privado, sendo que dois terços da produção se encontram na esfera pública e um terço na iniciativa privada.

A região sudeste do Brasil é a maior produtora de trabalhos na área de acupuntura clínica sendo responsável por 76% de toda a produção (teses e dissertações). A região sul aparece em segundo lugar com 20% da produção e o nordeste em terceiro com 4% da produção.

São Paulo é o estado brasileiro que mais promove pesquisas na área de acupuntura clínica, sendo responsável por 100% da produção das teses produzidas e 56,8% da produção de dissertações. Logo em seguida vem o Rio Grande do Sul com 10,8%, Paraná e Santa Catarina com 8,1 % cada, Rio de Janeiro e Ceará com 5,4 % e Minas Gerais e Espírito santo com 2,7 % cada.

As instituições paulistas também são as mais produtivas. A instituição com maior número de pesquisas é a UNIFESP com doze (seis teses e seis dissertações) seguida pela USP com sete (três teses e quatro dissertações), UNICAMP com quatro (duas teses e duas dissertações), UNIVAP com quatro dissertações, FAMERP com três (uma tese e duas dissertações), PUCRS com três dissertações, UDESC com duas dissertações e as outras quatorze instituições com uma dissertação cada uma.

O tipo de acupuntura estudado em cada trabalho varia entre cinco tipos diferentes: acupuntura sistêmica, auriculopuntura, laserpuntura, craniopuntura e eletroacupuntura, sendo

que alguns deles usam dois tipos e um trabalho avalia três diferentes tipos de acupuntura. A moxabustão também foi avaliada em um trabalho juntamente com acupuntura sistêmica.

A área de formação de pesquisadores envolvem seis diferentes cursos. Mais da metade dos pesquisadores são formados em medicina (52%), seguido pela formação em fisioterapia (29%), odontologia (11%), enfermagem (4%) e fonoaudiologia e ciências sociais com 2% cada. Quanto ao gênero, 56% são do sexo masculino e 44% do sexo feminino.

A racionalidade que balisa os estudos em acupuntura no Brasil é nitidamente a biomédica, já que envolve aceitação acadêmica e social de um conhecimento oriundo de uma outra cultura com um estilo de pensamento, observação e racionalização dos fenômenos bem distinto da tradicional ciência newtoniana positivista hegemônica no ocidente.

Muitos trabalhos visam buscar explicações bioquímicas e neuroquímicas para explicar o mecanismo de ação da acupuntura ou seus efeitos no sistema nervoso. Esta curiosidade em estabelecer as bases científicas da acupuntura pode se dever ao fato de querer se buscar uma linguagem que faça interface entre a lógica positivista da ciência ocidental e a arte milenar chinesa, tentando trazer assim uma compreensão mais apurada do assunto para a sociedade em geral e também visando maior aceitação pela comunidade científica e acadêmica.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Suely Miya Shiraishi Rollemberg. **Estudo dos efeitos da acupuntura e da moxabustão nos parâmetros clínicos, estado emocional e qualidade de vida, em pacientes com fibromialgia.** 2005. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

ALEM, Michele Elisabete Rúbio. **A Acupuntura na Reabilitação de Mulheres Após Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama.** 2005. 100 f. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência, filosofia e prática da pesquisa.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

ARAÚJO, Rosa Alves Targino de. **Tratamento da dor na fibromialgia com a acupuntura.** 2007. 90 f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

AZEVEDO, Renata Frasson de. **Efeito da acupuntura sobre as emissões otoacústicas de pacientes com zumbido.** 2005. 63 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BARSTED, Dennis W. V. Linhares. Cosmologia daoísta e medicina chinesa. In: NASCIMENTO, Maria Cabral. **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura.** São Paulo: Hucitec, 2006.

BING, W. Princípio de medicina interna do imperador amarelo. São Paulo: Ícone, 2001.

BRAGA, Fabio do Prado Florence. **Avaliação da acupuntura como método de tratamento preventivo e curativo de xerostomia decorrente da radioterapia.** 2006. 146 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, 2005 .

\_\_\_\_\_. Análise dos relatórios da segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas. In: LUZ, Madel T. (coordenadora). **Biomedicina.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.



\_\_\_\_\_. **Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea.** Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1993.

CARPES, Ediron Pinho. **Efeitos do estímulo no ponto de acupuntura auricular Shenmen na pressão arterial e frequência cardíaca de pacientes hipertensos leves e moderados.** 2009. 55 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

CASTRO, Idercy Cabral de. **Acupuntura aplicada no controle da dor de longa duração nos pacientes com disfunção temporomandibular muscular: estudo comparativo entre dois métodos de aplicação.** 2008. 95 f. Dissertação (Mestrado)-Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Campinas, 2008.

CINTRA, Maria Elisa Rizzi; FIGUEIREDO, Regina. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 139-154, jan./mar. 2010.

CHUNG, Wu Tu. **Estudo prospectivo do valor da acupuntura no controle da náusea e vômitos em parientes de câncer de mama submetidas à quimioterapia adjuvante.** 2007. 68 f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Banco de teses.** Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses>>. acesso em: 5 jun. 2011.

COSTA, Evelin Diana Goldenberg Meirelles Mariano da. **Tratamento da fibromialgia com acupuntura: estudo prospectivo, randomizado e controlado.** 2001. 92 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

CUNHA, Rodrigo Gontijo. **Avaliação do Efeito da Acupuntura com Agulhas e de Laseracupuntura em Pacientes com Doença Arterial Periférica.** 2007. 78 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2007.

DARELLA, Maryangela Lopes. **Efeitos da Acupuntura na qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) na dor crônica em ambulatório da rede pública, Florianópolis.** 2000. 130 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

EPELBAUM, Eva. **Tratamento de Deficiência Neurosensorial por Laser em Baixa Intensidade e sua Associação a Acupuntura a Laser.** 2007. 132 f. Dissertação (Mestrado profissionalizante)-Instituto de pesquisas energéticas e nucleares, São Paulo, 2007.

FONSECA, Luciano de Mello. **Avaliação comparativa da acupuntura sistêmica e auricular no controle da ansiedade pré-operatória em cirurgias odontológicas de 3º molar inferior.** 2009. 111 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Medicina Social.** Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANÇA, Daisy Lúcia Martins. **Tratamento das desordens funcionais da coluna cervical em portadores da síndrome tensional do pescoço com acupuntura associada a**

**fisioterapia**. 2008. 108 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FREIRE, Anaflavia de Oliveira. **Tratamento da síndrome de apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono pela acupuntura**. 2004. 188 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

GENTIL, Daniel Augusto Silva. **Efeito da acupuntura e da moxabustão no desempenho físico de indivíduos sedentários submetidos a teste ergoespirométrico em esteira**. 2000. 100 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

GIRÃO, Áthila Campos. **Acupuntura na ansiedade generalizada em mulheres climatéricas: abordagem terapêutica na promoção da saúde mental**. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

GOTTLIEB, Daniele Galdino. **O uso da acupuntura no tratamento de idosas com incontinência urinária**. 2008. 49 f. Dissertação (Mestrado)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

GRANET, M. **O pensamento chinês**. Lisboa: Contraponto, 1997.

GUIMARÃES, Jorge A. A pesquisa médica e biomédica no Brasil. Comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2. 2004.

GUIMARÃES, Reinaldo. Pesquisa em saúde no Brasil: contextos e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp. 2006.

GURFINKEL, Edson. **Efeitos do tratamento por acupuntura e moxabustão em pacientes com oligoastozoospermia**. 2001. 56 f. Tese (Doutorado)-Universidade federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

HADDAD, Marina Lourenço. **Acupuntura como recurso para o controle da ansiedade e apetite em trabalhadores obesos de um hospital universitário**. 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

HARRES, Silvio Siqueira. **Acupuntura no Tratamento da Gonartrose: Estudo Randomizado, Controlado e Duplo-Cego**. 2009. 97 f. dissertação (Mestrado)-Pontifícia universidade Católica do rio Grande do sul, Porto Alegre, 2009.

HASEGAWA, Tatiana Molinas. **Avaliação da efetividade da acupuntura pela técnica de Yamamoto para o tratamento da lombalgia aguda inespecífica**. 2009. 80 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA (IBGE). “Estimativas/Contagem da população brasileira”, 2009.

IORIO, Rita de Cassia; SIQUEIRA, Arnaldo Augusto Franco de; YAMAMURA, Ysao. Acupuntura: motivações de médicos para a procura de especialização. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 34, n. 2. 2010.

JACQUES, Lilian Moreira. As teorias científicas da acupuntura. In: NASCIMENTO, Maria Cabral. **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006.

JIMENEZ, Rodrigo Negrão de. **Análise do Efeito da Acupuntura Auricular e da Laserpuntura no Sistema**. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2009.

KNOBEL, Roxana. **Acupuntura para o alívio da dor no trabalho de parto**. 1997. 99 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

KNOBEL, Roxana. **Técnicas de Acupuntura para Alívio da Dor no Trabalho de Parto - Ensaio Clínico**. 2002. 155 f. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

KRELLING, Ingo Gilmar. **Eletromiografia na hipertonia tratada com acupuntura**. 2001. 88 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato. **Acupuntura na saúde pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato; OGUISSO, Taka.; FREITAS, Genival Fernandes de. Acupuntura na enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n. 22, v. 2, p. 210-212, 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

LIN, Chin An; HSING, Wu Tu; PAI, Hong Jin. Acupuntura: prática baseada em evidências. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 87, n. 3, p. 162-165, jul./set. 2008.

\_\_\_\_\_. Acupuntura: uma modalidade terapêutica validada no arsenal terapêutico do médico atual. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 85, n. 3, p. 110-113, jul./set. 2006.

LIN, Leng Na Tseng. **Acupunturaterapia na síndrome do pinçamento do manguito dos rotadores**. 1991. 66 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1991.

LOBO, Roberto L. S. **Folha de S. Paulo**, 20/9/2004.

LUCA, Alexandre Castelo Branco de. **Medicina tradicional chinesa: Acupuntura e tratamento da síndrome climatérica**. 2008. 113 f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

LUNA, Márcio Pereira. **Efeitos da acupuntura na performance de atletas de alto rendimento.** 2006. 211 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, 2006.

LUIZ, Maria Cecília Ramalho de Azevedo. **Análise do Efeito do Laser de Baixa Potência no Processo de Reabilitação Pós-Reconstrução do Ligamento Cruzado Anterior.** 2004. 94 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2004.

LUZ, Daniel. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: NASCIMENTO, Maria Cabral. **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura.** São Paulo: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_. **Racionalidades médicas: Medicina Tradicional Chinesa.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, p. 145-176, 2005.

\_\_\_\_\_. **Racionalidades médica e terapêuticas alternativas.** Cadernos de sociologia, Porto Alegre, v.7, p. 109-128, 1995.

MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina chinesa.** São Paulo: Roca, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 21-32, set. 2003/abr. 2004.

MARTINS, C. B. O ensino superior brasileiro nos anos 90. **São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n. 1, 2000.

MARTINS, Raphael Cezar Carvalho. **Promovendo saúde através da acupuntura associada ao alongamento passivo na redução da dor lombar e no ganho de flexibilidade em estudantes universitários.** 2008. 49 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Franca, Franca, 2008.

MAYER, Deise Lara Bortoli. **A interferência da acupuntura no tônus muscular.** 2002. 87 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MEDEIROS, Roberta de; SAAD, Marcelo. Acupuntura: efeitos fisiológicos além do placebo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 69-72, 2009.

MEGID, Cecília Baccily Cury. **Estudo comparativo do tratamento da rinite alérgica persistente entre acupuntura e corticóide nasal.** 2006. 137 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2006.

MERELIS, Sandra Mara Silvério Lopes. **Influência da Frequência Estimulatória envolvida nos Efeitos Analgésicos Induzidos por Eletroacupuntura em Cervicalgia Tensional.** 2007. 101 f. Dissertação (Mestrado)-Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOTTA, Alexandre de Medeiros. **O TCC e o fazer científico: da elaboração a defesa pública.** Tubarão: Copiart, 2009.

NASCIMENTO, M. C. De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. **História, Saúde e Ciência-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, mar/jun. 1998.

NASCIMENTO JUNIOR, Getulio Vargas do. **Aplicação do Laser de Arseneto de Gálio (GaAs) 904nm em Pontos de um Protocolo de Acupuntura para Alívio de Dor e Melhora da Qualidade de Vida e de Sono de Mulheres com Síndrome da Tensão Pré-Menstrual.** 2007. 60 f. Dissertação (Mestrado profissionalizante)-Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2007.

PACHECO, Roberto. **Caracterização de artigos brasileiros sobre acupuntura na área da saúde: uma revisão exploratória em bases de dados gratuitas.** 66 f. 2011. Monografia (Especialização)-Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

PALMEIRA, Guido. A acupuntura no ocidente. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 6, v. 2, p. 117-128, abr./jun. 1990.

PAVÃO, Tiago Sebastião. **Efeitos de uma intervenção de acupuntura sobre sintomas psicológicos e imunidade celular de adultos jovens e idosos saudáveis.** 2008. 34 f. Dissertação (Mestrado)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

QUEIROZ, Marcos S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO, Maria Cabral. **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e Acupuntura.** São Paulo: Hucitec, 2006.

QUIMELLI, Murilo Ayres. **Avaliação da Acupuntura no Tratamento de Dores Lombares em Gestantes.** 2005. 86 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

SAIDAH, Rassen. **Benefícios da acupuntura no pós-operatório das cirurgias artroscópicas no joelho.** 2001. 154 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de medicina de São José do Rio Preto, São José do rio preto, 2001.

SAIDAH, Rassen. **Tratamento das algias do joelho pela acupuntura com a utilização da técnica "ao oposto" da Medicina Tradicional Chinesa.** 1997. 52 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de medicina de São José do Rio Preto, São José do rio preto, 1997.

SANTOS, Cássio Miranda dos. **Tradições e contradições da pós-graduação no Brasil. Educação e Sociedade.**, Campinas, v. 24, n. 83, ago. 2003.

SILVA, Alexandre Alfredo Raspa da. **Estudo comparativo da analgesia por acupuntura, eletroacupuntura e medicamentos convencionais no pós-operatório de exodontias de terceiros molares inferiores inclusos**. 2004. 126 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVA, Arlindo A. C. **Avaliação da eficácia antiemética no período pós-operatório da estimulação do ponto de acupuntura neiguan**. 1998. 53 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1998.

SILVA, João Bosco Guerreiro da. **Avaliação do tratamento por acupuntura em ambulatório de hospital - Escola Estudo de Caso**. 1999. 104 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SILVA, João Bosco Guerreiro da. **Benefícios da acupuntura nas principais queixas não obstétricas da gravidez: um estudo prospectivo controlado, quasi-randomizado**. 2005. 107 f. Tese (doutorado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de. **Nutrindo a vitalidade: questões contemporâneas sobre a Racionalidade Médica Chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural**. 2008. 225 f. Tese (doutorado)-Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, Eduardo Frederico Alexander Amaral de; LUZ, Madel Therezinha. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, abr./jun. 2009.

STEINER, João E. Qualidade e diversidade institucional na pós-graduação brasileira. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 19, n. 54, 2005.

SUGAI, Gisele Cristina Machado. **Efeito imediato e mediato da acupuntura no tratamento de pacientes portadores da síndrome de apnéia obstrutiva do sono**. 2009. 181 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2009.

TANAKA, Lucia Akemi. **Estudo comparativo entre I benzodiazepínico e a acupuntura auricular no alívio da ansiedade, no período pré-anestésico**. 2002. 46 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

TESSER, Charles Dalcanale. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 3, p. 465-484, 2007.

\_\_\_\_\_. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 61-76, jan/jun. 2006.

\_\_\_\_\_. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Felice. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 42, v. 5, p. 914-920, out. 2008.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

VELLOSO, Jacques. A pós-graduação no Brasil: formação e trabalho de mestres e doutores no país. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 122, mai./ago. 2003.

XIMENES JUNIOR, Olavo Pereira. **Eficácia percebida da eletroacupuntura facial: promoção do equilíbrio energético, saúde e bem viver de mulheres idosas**. 2006. 176 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; MARTINI, Jussara Gue. **Acupuntura como especialidade e suas implicações para o exercício multiprofissional no Brasil: um debate aberto**. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(5). Disponível em: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0486.php>>. Acesso em 4 abr. 2011.

YAMAMURA, Ysao. **Acupuntura tradicional: a arte de inserir**. São Paulo: Roca, 2001 a.

\_\_\_\_\_. **Alimentos, aspectos energéticos: a essência dos alimentos na saúde e na doença**. São Paulo: TRIOM, 2001 b.

\_\_\_\_\_. **Mecanismo de ação da acupuntura no tratamento das lombalgias com irradiação para os membros inferiores**. 1994. 287 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1994.

\_\_\_\_\_. **Padronização do tratamento das algias crônicas do joelho pela medicina chinesa – acupuntura**. 1993. 170 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1993.

ZANETTE, Simone de Azevedo. **Acupuntura no tratamento adjunto da artrite reumatóide**. 2005. 90 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

**ANEXOS**



## ANEXO A: Quadro resumo comparativo das racionalidades médicas

Racionalidades médicas	Cosmologia	Doutrina médica	Morfologia	Dinâmica vital	Diagnose	Terapêutica
Medicina Ocidental Contemporânea (Biomedicina)	Física Newtoniana (clássica) implícita	Teorias da causalidade das doenças e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiologia e fisiopatologia dos sistemas	Semiologia: anamnese, exame físico e exames complementares	Medicamentos, cirurgia, higiene
Medicina Tradicional Chinesa	Cosmogonia chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teorias do Yin-Yang e das cinco fases e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais	Teoria dos canais (meridianos) e dos pontos de acupuntura (corpo sutil) e teoria dos órgãos e vísceras (corpo orgânico)	Fisiologia dos sopros vitais (Qi), fisiologia dos órgãos, dinâmica Yin-Yang no organismo e com o meio ambiente	Semiologia: anamnese do desequilíbrio Yin-Yang, diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos	Higiene, exercícios (artes, meditação), dietética, fitoterapia, massagens, acupuntura, moxabustão

Fonte: Adaptado de: LUZ, Madel Terezinha. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, V.7, p. 109-128, 1995.